BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

BOOKS RECEIVED.

Ueber die

434

operative Heilung der mobilen und fixirten Retroflexio uteri auf vaginalem Wege

mit besonderer Berücksichtigung der Dauererfolge.

2 H. D. 45.

Von

Dr. **Alfred Dührssen** in Berlin,
Privatdocent.

Mit 12 Abbildungen im Text.

BERLIN.
Gedruckt bei L. Schumacher.
1894.

(Sonder-Abdruck aus dem Archiv für Gynäkologie, Bd. XLVII, Hft. 2.)

BOSTON MEDICAL
FEB 27 1896
LIBRARY ASS'N.

I. Theil.

Kasuistik.

Zur Beurtheilung des Werthes einer Operation am Gebärorgan selbst bedarf es einer grossen Zahl von Operationen und einer möglichst langen Beobachtungsdauer der operirten Fälle. Nur auf diese Weise lässt sich zunächst, wie bei Operationen überhaupt, ein statistischer Anhaltspunkt über die directe Gefahr des operativen Eingriffs gewinnen, nur auf diese Weise ist ein Urtheil darüber möglich, ob die Patientin mit der operativen Beseitigung eines uterinen Leidens die alten Beschwerden verliert und nicht etwa neue, durch die Operation geschaffene dafür eintauscht, ob die Operation vielleicht nachtheilig auf die Function des Uterus, auf die Möglichkeit der Conception, auf die Schwangerschaft, auf den Geburtsverlauf einwirkt, und ob andererseits etwa der Gestationsprocess den durch die Operation erzielten Erfolg wieder zu nichte macht.

Aus diesen Gründen habe ich schon mit der ersten ausführlichen Publication[1]) meiner Methode der Vaginofixation fast zwei Jahre gewartet, bis die Zahl meiner operirten Fälle mehr wie

1) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 24, S. 368 und Centralbl. f. Gynäk. 1892, p. 924.

hundert betrug, und ich bei einem der ältesten Fälle über eine ganz normale Geburt und Fortdauer der normalen Lage des Uterus nach der Geburt berichten konnte. Aus diesen Gründen gebe ich erst jetzt, im vierten Jahre der Operation, eine ausführliche Zusammenstellung aller Operationen, deren Zahl mittlerweile 207 erreicht hat. Die Durchsicht derselben wird es dem Leser ermöglichen, sich selbst ein Urtheil über den Werth der beschriebenen Operation zu bilden und meine Schlussfolgerungen zu kontroliren.

Was das Material anlangt, so stammt es zur Hälfte aus der gynäkologischen Poliklinik, Luisenstrasse 51, zur Hälfte aus meiner Privatpraxis und meiner eigenen Poliklinik. Für die gütige Ueberlassung der ersten Categorie von Fällen bin ich meinem hochverehrten früheren Chef, Herrn Geheimrath Prof. Dr. Gusserow, zu herzlichem Danke verpflichtet.

Die Fälle sind fast sämmtlich von mir selbst operirt. In wenigen Fällen haben die Herren Stabsärzte Dr. Hünermann, Dr. Schwarze, Assistenzärzte der Klinik, und die Herren Dr. Schäfer, Dr. Strassmann, Assistenzärzte der geburtshülflich-gynäkologischen Poliklinik der Charité, unter meiner Assistenz operirt, resp. die Operation ohne meine Beihülfe, aber genau nach meiner Methode ausgeführt. 3 Fälle sind unter meiner Assistenz von meinen Assistenten operirt worden.

Ich lasse nunmehr die Geschichte der 194 Fälle folgen, in denen 203 vollendete Vaginofixationen ausgeführt wurden:

Fall 1. Frau Thamm, 37jährige VIIIpara, hat 5 Mal normal geboren und 3 Mal abortirt. Der letzte Abort fand am 5. 9. 90 statt, und wurde Pat. curettirt. Da nach demselben Vorfallsbeschwerden bestehen blieben, suchte Pat. die Charité auf.

Uterus ist retroflectirt, vergrössert, von schlaffer Consistenz, lässt sich leicht reponiren.

23. 10. 90. Die Portio wurde mit zwei Kugelzangen nach abwärts gezogen und in die Blase ein Katheter eingeführt. Es folgt die Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes mit dem Messer, zwei spritzende Gefässe werden abgeklemmt und das Bindegewebe bis zum Peritoneum stumpf losgelöst. Darauf Durchführung eines Fadens mit dem Schücking'schen Instrument. Dasselbe dringt nicht nur mit seiner Spitze, sondern mit seiner ganzen Dicke durch die Uteruswand und reisst in die vordere Peritonealfalte ein grosses Loch. 1 cm unterhalb des ersten Durchstichs wird das Instrument nochmal durchgestossen, so dass nach Zurückziehen des Instruments der Fundus uteri von einer Fadenschlinge nach abwärts gezogen werden kann. Jetzt wird der Uteruskörper mit der Cervix durch drei Seidensuturen vereinigt, darauf die Schlinge entfernt, das Peritoneum durch eine versenkte Catgutnaht geschlossen und der Scheidenrand mit der Portio durch eine einfache fortlaufende

Naht vereinigt. Der Uterus liegt etwas anteflectirt aber dextrovertirt.

25. 10. Seit gestern Menses. Uterus anteflectirt, vergrössert.

29. 11. Uterus ist anteflectirt, dabei etwas nach rechts geneigt. Er ist vollständig beweglich nach allen Seiten und lässt sich auch retrovertiren. Untersuchung schmerzlos, doch klagt Pat. über stechende Schmerzen bei jedem Schritt.

26. 1. 1894. Pat. hat im Mai 1891 noch einmal abortirt. Die Beschwerden, über die sie am 29. 11. 1890 klagte, haben sich bald gegeben, Blasenbeschwerden waren nie vorhanden. Menstruation wie früher 2—3tägig, stark, in 3½wöchentlichen Intervallen. Uterus retrovertirt, lässt sich leicht reponiren, doch ziehen ihn Stränge, die mit dem rechten Ovarium zusammenhängen, wieder in Retroversion zurück.

Fall 2. 12. 11. 1890. Frau H., 33 Jahre, 3 Kinder leben. Seit der Entwöhnung des letzten Kindes vor 3 Jahren Abmagerung, Menorrhagie, Fluor. Oct. 90 Fehlgeburt, worauf Herr Dr. Zeppler, welcher mir die Pat. wegen einer verdächtigen Erosion zuwies, einen Ring einlegte.

Status: Uterus vergrössert, retrovertirt, leicht reponibel, Narbenstrang im linken Ligament. Portio ektropionirt, schleimig-eitrige Secretion, bei Berührung der stark gewulsteten Cervixschleimhaut Blutung. Vulva klafft in Folge früheren Dammrisses.

16. 11. 90. Curettement, Vaginofixation, Portioamputation, Lawson Tait. Nach Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes wird der nach vorn gedrängte Fundus uteri mit einer Kugelzange von der Wunde aus gefasst und seitlich von der Zange 2 Suturen durch vordere Scheidenwand, Fundus uteri und Cervix gelegt. Nach Abnahme der Zange wird eine Sutur durch Fundus und Cervix und nach Knüpfung derselben eine zweite, ebenfalls median, noch höher durch den Fundus und dann durch die Cervix gelegt. Nach Knüpfung dieser und der 2 ersten Suturen wird die Portio bilateral gespalten, die vordere Lippe oberhalb des 1. Querschnittes im Scheidengewölbe keilförmig excidirt, und Scheidenwundrand mit Cervicalschleimhaut vernäht. Die hintere Lippe wird wesentlich in ihrem inneren Abschnitte amputirt (nach Art der Excisio mucosae cervicis), die Wunde mit versenkten Catgut- und oberflächlichen Seidensuturen und darauf die Seitenschnitte geschlossen.

Es folgt Lawson Tait'sche Operation und Vernähung der Wunde durch Silkwormknopfnähte.

Der Uterus liegt nach der Operation wenig antevertirt in der Beckenachse.

Am 31. 12. 90 wurden nach ganz reactionslosem Verlauf die letzten Fäden entfernt. Pat. hatte nur in der 1. Woche zeitweiliges Drängen nach unten. Uterus klein, in der Beckenachse, anteflectirt.

15. 10. 1891. Pat. ist seit Mitte Juni schwanger. Ausfluss hat sie nach der Operation nicht mehr gehabt, die Menstruation trat stets in vierwöchentlichem Intervall ein und dauerte 3 Tage. Niemals Blasenbeschwerden.

23. 3. 1892 erfolgte die Entbindung sehr rasch, unmittelbar nach Ankunft der Hebamme.

7. 6. 92 finde ich den Uterus in normaler Lage und Beweglichkeit, von normaler Grösse. Von der Narbe im vorderen Scheidengewölbe ist nichts mehr zu fühlen, so dass ein anderer Untersucher

überhaupt von einer vorausgegangenen Operation nichts ahnen würde, da auch die Portio gut formirt ist. Pat. hat keine Beschwerden.

Beobachtungsdauer: 1 Jahr $6^3/_4$ Monate, in der Zwischenzeit normale Geburt.

Fall 3. Auguste Ballentin. Anamnese: 2 Geburten (1886 und 1888). Erste Periode im 17. Lebensjahr. P. stets regelmässig, alle vier Wochen, stark, ca. 3 Tage dauernd, ohne Beschwerden, die drei letzten Male sehr stark, 8—14 Tage dauernd. Letzte Periode: vom 25. 10. bis 6. 11. 1890. Pat. ist früher gesund gewesen. Geburten und Wochenbette sind ohne Störung verlaufen. Am 25. 10. trat die Periode ein und dauerte bis zum 6. 11. Am 4. 11. fühlte sich Pat. sehr matt und unwohl, so dass sie sich legen musste, am 5. und 6. 11. trat die Blutung so stark auf, dass Pat. das Bewusstsein verlor. Sie wurde besinnungslos am 6. 11. in die Charité aufgenommen. Seitdem steht die Blutung. Seit etwa 3 Monaten bestehen Kreuzschmerzen, Stuhlverstopfung, Schmerzen beim Stuhlgang; diese Schmerzen sind während der Periode heftiger als in der Zwischenzeit.

Status: Mässig kräftig gebautes Mädchen von gutem Ernährungszustand und Aussehen. Mässiger Prolaps der vorderen und hinteren Scheidenwand, Damm erhalten. Portio in der Führungslinie, nach der Symphyse zugekehrt. Uterus retroflectirt, leicht aufrichtbar. Rechtes Ovarium im Douglas, ebenso das linke. Fluor. Links ein Cervixriss bis ins Scheidengewölbe reichend.

Am 20. 11. 90. Operation: 1. Curettement. Aufrichten des Uterus mit dem Fritsch'schen Katheter. 2. Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes, Abdrängen der unteren Blasenwand von der Vorderfläche des Collum uteri. Ohne Spaltung des Peritoneums wird der Fundus uteri mit einer Kugelzange erfasst, stark anteflectirt und in dieser Stellung befestigt durch zwei Seidennähte, welche durch die vordere Vaginalwand, den Fundus uteri und das Collum, ohne in das Cavum uteri einzudringen, gelegt werden. Ein dritter Seidenfaden wird in der Mitte zwischen den beiden anderen geknüpft. Vernähung des vorderen Scheidengewölbes mit fortlaufender Catgutnaht. 3. Vernähung des Cervixrisses nach der von Dührssen modificirten Emmet'schen Methode. — Jodoformpulver und Gazestreifen. Uterus nach der Operation in anteflectirter Lage. — Temperaturen immer normal. Am 3. 12. ist der Uterus anteflectirt, am 5. 12. 90. Entlassung.

Diese Krankengeschichte ist eine Abschrift des Charitéjournals, welches von Herrn Stabsarzt Dr. Hünermann dictirt worden ist. Die Abschrift hat seiner Zeit mein Freund Dr. Schäfer besorgt. Ich setze nun auch noch die Aufzeichnungen hierher, welche ich selbst mir von der Operation gemacht habe. Beide Protocolle, die ganz unabhängig von einander abgefasst sind, liefern den unzweideutigen Beweis, dass ich schon bei dieser dritten Operation den Fundus mit der vorderen Vaginalwand vernäht habe.

20. 11. 1890. Charitépatientin Auguste Ballentin.

Status: Uterus retroflectirt, leicht zu reponiren, linksseitiger Cervixriss, Ectropium, Endometr. fungosa.

Operation: Curettement, Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes 1 cm über dem Orif. ext., stumpfe Trennung der Blase vom Uterus. Darauf wird der Fundus durch einen doppelläufigen Katheter nach vorn gedrängt und durch zwei Kugelzangen möglichst hoch gefasst. Zu diesem Zweck wurde die zweite oberhalb der ersten angelegt. Durch zwei seitliche Ligaturen wurde der vordere Scheidenwundrand von innen, das Corpus und die Cervix uteri durch eine mediane, noch die Stichöffnung mit versorgende Seidennaht nur Corpus und Cervix gefasst. Nach Knüpfung dieser drei Nähte lag der Uterus anteflectirt. Schluss der Incision durch eine fortlaufende Catgutnaht. Beseitigung des Cervixrisses durch Lappenspaltung. Der innere Lappen wurde hierbei durch die Hakenpincette zum Theil zerstört, da er zu dünn angelegt war.

4. 12. Der Uterus liegt anteflectirt. Wunde im vorderen Scheidengewölbe geheilt, Cervixriss nicht geheilt.

18. 12. 90. Uterus liegt in Retroversionsstellung anteflectirt; keine Beschwerden.

Fall 4. 28. 11. 1890. Charitépatientin Frau Fergau.

Curettement, quere Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes. Fassen des nicht nach vorn gedrängten Uterus mit einer Kugelzange. Dieselbe reisst aus und hierdurch wird das Peritoneum eröffnet. Jetzt wird der weich-teigige Uterus mit einem doppelläufigen Katheter nach vorn gedrängt und mit einer zweiten Kugelzange höher gefasst. Anlegung von zwei seitlichen und zwei medianen Suturen, von denen die letzteren nur Portio mit Corpus ut. vereinigen, die ersteren auch noch die vordere Vaginalwand von innen mitfassen. Danach liegt der Uterus in Anteversio-flexio. Schluss der Scheidenwunde mit fortlaufendem Catgutfaden. Von dem richtig gelagerten Uterusfundus ziehen sich beiderseits straff gespannte Stränge nach der Gegend der Spinae ischii.

20. 12. 90. Uterus liegt retrovertirt, keine Beschwerden. (Eigenes Journal.)

Fall 5. Ladewig geb. Fröhlich, Arbeiterfrau, 39 Jahre alt. 9 Geburten und 3 Aborte. Erste Menstruation im 12. Lebensjahr. Die Menses waren stets regelmässig, stark, 8 Tage dauernd und mit Kreuzschmerzen verbunden. Letzte Periode Mitte Juni 1890 (im August Abort). Die Geburten verliefen spontan (eine manuelle Lösung der Placenta). Im letzten Jahre hat Pat. dreimal abortirt: im October 1889, im Februar 1890 und am 26. August 1890. Seit dem ersten Abort hat Pat. fortwährend Schmerzen im Kreuz und in der rechten Seite; die Periode ist stärker aufgetreten als vorher. Stuhl- und Urinbeschwerden bestehen nicht. Bei der letzten Fehlgeburt wurde sie von der Poliklinik in der Artilleriestrasse aus ausgekratzt (26. 8.). Anfang September trat eine Blutung auf, welche bis zum 20. October anhielt; da gleichzeitig die Schmerzen im Kreuz und in der rechten Seite sehr heftig auftraten, suchte Pat. am 20. 10. 90. die Anstalt auf.

Status: Portio voluminös, in der Führungslinie, der Symphyse zugekehrt. Uterus retroflectirt, lässt sich wegen grosser Schmerzhaftigkeit nicht aufrichten. In den Parametrien wegen starker Spannung der Bauchdecken nichts durchzufühlen. Vulva klaffend, Prolaps der vorderen Scheidenwand.

Pat. wurde zunächst mit Massage (Dr. Dührssen), Pessar und medicamentös bis zum 8. 12. behandelt; der Uterus war nunmehr aufrichtbar und im Ganzen abgeschwollen. Rechts fühlte man dem Verlauf

des Lig. sacro-uterinum entsprechend, einen sich an den rechten Seitenrand des oberen Theiles des Fundus ansetzenden Strang, der jetzt bei Dehnungsversuchen erheblich weniger schmerzt, wie früher. Beide Ovarien durchzufühlen.

Die Operation (8. 12. 90) wurde in der gewöhnlichen Weise ausgeführt: zur Fixation des Uterus dienen vier Seidenfäden, die Wunde im vorderen Scheidengewölbe wird in diesem Falle nicht durch fortlaufende Catgutnaht, sondern durch 6 Silkwormknopfnähte geschlossen.

9. 12. Pat. klagt über Kopfschmerzen, ziehende Schmerzen im Unterleib, Appetitlosigkeit; sie giebt an, seit gestern Abend Urindrang zu haben, ohne Urin lassen zu können. Mit dem Katheter werden 350 cbcm hellen Urins von 1027 spec. Gew. entleert. Beide Nierengegenden und untere Bauchgegend sind auf Druck empfindlich. $^1/_2$ Std. später werden die sämmtlichen 10 Fäden wegen des durch die eben genannten Symptome begründeten Verdachtes auf Knickung eines Ureters entfernt.

10. 12. Katheterismus. Urin klar, seit 15 Std. 650 cbcm, in 24 Std. 1200, spec. Gew. 1015. Die Schmerzen im Unterleib (auch auf Druck) haben nachgelassen, Kopfschmerzen sind verschwunden.

11. 12. Spontane Urinentleerung (von Abends 7 Uhr bis Morgens 10 Uhr 575 cbcm, spec. Gew. 1022). Die rechte Nierengegend ist auf Druck noch empfindlich, die linke nicht.

12. 12. Urin spontan, 1150 cbcm, spec. Gew. 1013. Blasenausspülung.

17. 12. Der Urin kann nicht spontan entleert werden. Der Uterus ist nicht retroflectirt, nur gering retrovertirt. Unterhalb des rechten Rippenbogens fühlt man eine Geschwulst von der Grösse der normalen Niere mit glatter Oberfläche, die bis zur Wirbelsäule heranreicht. Bei der Palpation weicht sie dem Fingerdruck aus. Ueber derselben heller Darmton. Bei Druck geringe Schmerzhaftigkeit.

18. 12. Spontane Urinentleerung.

20. 12. Bei Urinentleerung Schmerzen.

29. 12. Uterus in Retroversionsstellung, wenig druckempfindlich; rechtes Parametrium ebenfalls wenig druckempfindlich. Das vordere Scheidengewölbe etwa 3 cm von seinem Ansatz nach oben gezogen. An der Vorderfläche der vorderen Muttermundslippe eine etwa Markstückgrosse, gut aussehende Granulationsfläche. Allgemeinbefinden gut. Entlassung.

Meine Aufzeichnungen über diesen Fall sind folgende:

8. 12. 1890. Frau Ladewig. Durch eine Massagecur von 10 Sitzungen war der retroflectirte und fixirte Uterus beweglich und leicht reponirbar geworden und blieb auch in Anteflexion im Ring liegen. Derselbe war eingelegt worden, um die Stränge dauernd zu dehnen, musste aber nach einigen Stunden wegen zu starker Schmerzhaftigkeit wieder entfernt werden. Ausserdem waren die Ovarien aus den sie einhüllenden Schwarten befreit worden. Diese letzteren hatten sich in eine Anzahl von Strängen aufgelöst, welche trotz der Massage empfindlich blieben.

In der Ansicht, dass diese Empfindlichkeit durch die complicirende Endometritis bedingt sei, wurde der Pat. das Curettement, verbunden mit der Vaginofixation, vorgeschlagen. Letztere konnte vielleicht jetzt schon die weitere Dehnung der parametrischen und perimetrischen Narbenstränge erzielen.

8. 12. 90. Curettement, quere Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes, Fassen des nach vorn gedrängten Uterusfundus mit der Kugelzange, mediane Naht, Entfernung der Kugelzange, 2. höhere mediane Naht, zwei seitliche Ligaturen. Schluss der Scheidenwunde mit Silkwormknopfnähten. Danach liegt der Uterus in Retroversionsstellung anteflectirt (Cervix war von den vier Nähten sehr tief unten gefasst).

Fall 6. Sommer, Postassistentenfrau, 34 Jahre. Anamnese: Partus am 27. 12. 1888. (Forceps.) Hierbei erlitt Pat. einen Dammriss, welcher von einem Arzt genäht wurde. Die Naht hielt nur zum Theil. Allmälig stellten sich Beschwerden beim Gehen ein, Pat. hatte das Gefühl, als ob etwas herausdrängte. Die ersten 5 Monate nach der Geburt hatte Pat. beständig ziehende Schmerzen im Unterleib und im Kreuz; auch bei der Periode hatte sie über Schmerzen zu klagen. Erste Menstruation im 18. Jahre. Die Regel war meist etwas verspätet, zuweilen auch verfrüht, etwa drei Tage dauernd. Die letzte Regel war am 15. Februar 1891. Ueber Stuhl- und Urinbeschwerden hatte Pat. nicht zu klagen.

Status. Schwächlich gebaute Frau in mässigem Ernährungszustand. Schleimhäute blass. Abdomen nicht aufgetrieben. Introitus klafft. Neben der Columna posterior zwei in der Längsrichtung verlaufende strahlige Narben. Beim Pressen tritt ein Theil der vorderen Vaginalwand vor. Portio nach vorn gerichtet. Uterus retroflectirt, lässt sich theilweise aufrichten, ist durch derbe, nach der rechten Beckenseite ziehende Stränge etwas fixirt.

Am 28. 2. 91 Operation. 1. Curettement, das nur wenig Schleimhautgewebe ergiebt. 2. Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes durch einen circulären Schnitt (wie bei der Totalexstirpation). Zurückstreifen der Blase, was leicht gelingt. Bis zum Schluss des Scheidengewölbes bleibt der Katheter in der Blase liegen. 3. Der Fundus uteri wird durch einen eingeführten Fritsch'schen Katheter möglichst stark nach vorn und durch Anziehen der Portio nach unten gedrängt. Durch 2 Seidenfäden, welche möglichst hoch eingelegt werden, gelingt es, ihn fast bis zur obern Kuppe aus der Wundöffnung vorzuziehen. Peritoneum nicht eröffnet. 4. Fixation des Fundus an der vorderen Vaginalwand durch 4 Seidenfäden, welche zunächst in die vordere Scheidenwand, ohne diese ganz zu durchbohren, und dann durch den Fundus, ohne in das Cavum uteri einzudringen, gelegt und hierauf mit den zusammengehörigen Enden geknüpft werden. Hierauf bleibt der Uterus in völliger Anteflexion liegen. 5. Schluss des vorderen Scheidengewölbes durch fortlaufende Catgut- und eine Silkwormnaht (in der Mitte).

Perineoplastik nach Lawson Tait. Fortlaufende versenkte Catgutnaht. Vereinigung der Wundränder mit Silkwormnähten.

Jodoformpulver; Jodoformgazestreifen.

Am 1. 3. mehrmals Erbrechen. Nach 0,01 Morphium guter Schlaf. Am 3. 3. Ricinus, am 4. 3. mehrmals Stuhlgang. 5. 3. spontane Urinentleerung. 7. 3. Blasenausspülung. Am 3. 4. ist die Menstruation noch nicht wieder erschienen; die plastische Dammoperation ist gut geheilt, der Uterus anteflectirt. Am 4. 4. 91 als geheilt entlassen.

Fall 7. Ella Pohland, verheirathet, 21 Jahre alt. Anamnese: 1 Partus am 22. 6. 1889, 2 Aborte, 1. 4. 1890 und 28. 1. 1891 im

3. Monat. Nach dem letzten Abort hatte Pat. nach 14 Tagen Nachblutungen, die von selbst aufhörten. Am 15. März traten bei Anstrengung Unterleibsschmerzen auf, die in den letzten Tagen schlimmer wurden. Ausfluss besteht seit längerer Zeit. Vom 9.—15. und 17. bis 19. März hatte Pat. Blutung.

Status. Schwächliche, schlecht genährte, blass aussehende Frau. Bauchdecken schlaff, von aussen nichts durchzufühlen. Damm vollständig. Introitus ziemlich weit. Portio in der Führungslinie. Uterus retroflectirt, empfindlich. Rechts hinten im Douglas ein etwa wallnussgrosser, beweglicher, etwas empfindlicher Tumor (Ovarium). Uterus lässt sich ohne erhebliche Schmerzhaftigkeit reponiren.

Operation am 27. 3. 1891. Die vaginale Fixation nach dem Curettement, durch welches reichlich Schleimhautfetzen herausbefördert wurden, wurde genau in derselben Weise wie in dem vorigen Fall ausgeführt. Die Blutung war kaum nennenswerth, kleine spritzende Gefässe wurden sofort mit Koeberlés gefasst. Nach Schluss der Wunde lag der Uterus in guter Anteflexion.

Im Verlauf der Heilung trat keinerlei Störung ein. Am 10. 4. 91 Entlassung. Die Menses traten zum ersten Male wieder am 12. 5. ein, dauerten 5 Tage, waren nicht mehr so stark wie früher und völlig schmerzlos. Am 3. 6. 91 völliges subjectives Wohlbefinden. Der Uterus ist anteflectirt, nicht vergrössert, nicht druckempfindlich; keine Kreuzschmerzen mehr.

Fall 8. Charitépatientin. 28. 3. 1891. Retroflexio uteri, Salpingitis duplex. Vaginofixatio uteri retroflexi. Curettement. Lawson Taitsche Operationwegen Ruptura perinei incompleta.

Curettement, Eröffnung des vorderen Vaginalgewölbes; durch mehrere, immer höher hinauf quer durch den Uteruskörper gelegte Fadenzügel und durch Nachvornedrängen des Fundus mittelst Fritsch'schen Katheters wird der Fundus ohne Eröffnung des Peritoneums zur Vaginalwunde vorgestülpt und durch drei sagittale Seidenknopfnähte mit dem Wundrand der vorderen Vaginalwand vernäht, wobei aber die Fäden nur die wunde Innenseite der letzteren fassten, also versenkte Nähte darstellten. Darauf wurde der Scheidenwundrand wieder mit dem Portiowundrand durch eine fortlaufende Catgutnaht, in der Mitte noch durch eine Silkwormnaht vereinigt.

Hieran schloss sich die Lappendammspaltung.

2. 5. 1891. Uterus sehr klein, liegt stark anteflectirt. Keine Beschwerden. (Eigene Aufzeichnung.)

Fall 9. Maria Kinthoff, Arbeiterin, 24 J.

Anamnese. Eine Geburt am 13. 3. 1890 in Narkose. Menses immer regelmässig bis Ende December 1890, alle 4 Wochen, 3 Tage dauernd. Seit Weihnachten 1890, meist nach 14tägiger Pause, eintägige geringe Blutung, zuletzt am 14/15. April. Menses waren im Anfang schmerzhaft, sobald sich etwas Blut zeigte, wurden die Schmerzen geringer. Im 18. Lebensjahr hatte Patientin Blinddarm- und Unterleibsentzündung.

Status. Kräftige, gut genährte Person. Etwas Prolaps der hinteren Scheidenwand. Alter Dammriss. Uterus spitzwinklig retroflectirt, aufrichtbar; an der Portio linksseitiger Cervixriss und, davon ausgehend,

ein Narbenstrang, welcher ziemlich weit nach vorn in der Vagina zur Beckenwand zieht. Einlegen eines Ringes wird durch diesen Strang, der das linke Scheidengewölbe spannt und die Portio nach links zieht, erschwert.

Am 22. 4. 1891 Operation, in der gewöhnlichen Weise ausgeführt.

22. 4. Vaginofixatio uteri retroflexi, Curettement wegen chronischer Metritis und Endometritis. Es wurde bei der Operation die Peritonealhöhle eröffnet und der weiche Uterus durch den Katheter perforirt. Die Stelle wurde durch eine Naht geschlossen und oberhalb derselben der Fundus mit der vorderen Vaginalwand vernäht. Im Uebrigen gleiches Operationsverfahren, 2 Silkwormnähte. (Eigene Aufzeichnung der Operationsgeschichte.)

24. 4. Spontane Urinentleerung.

2. 5. Entfernung der Naht.

13. 5. 91. Uterus in guter Anteflexion, nirgends besonders druckempfindlich, keine Urinbeschwerden. Entlassung.

Fall 10. Hedwig Guterian, 31 Jahre, Kaufmannswittwe.

Anamnese. 1 Partus 1889 (Zange). Im Wochenbett Mastitis. Menses traten mit 15 Jahren ein, waren immer regelmässig, mässig reichlich, ohne Schmerzen. Vor 7 Jahren bekam Pat. einen weissen, schleimigen, sehr reichlichen Ausfluss. Sie begann an Schwindel, Mattigkeit, kalten Schweissen etc. zu leiden. Ein Arzt diagnosticirte Retroflexio und machte Repositionsversuche. Dieser Zustand dauerte bis zu ihrer Schwangerschaft. Während dieser besserte sich der Zustand, das Allgemeinbefinden wurde gut, der Ausfluss hörte ganz auf. Während der langen Reconvalescenz traten die früheren Beschwerden mit erneuter Heftigkeit auf, der reichliche Ausfluss wurde gelblich, der schon früher in geringem Grade vorhandene Blasenkatarrh wurde sehr lästig, ebenso die von der linken Unterbauchgegend ausstrahlenden Schmerzen. Pat. suchte deshalb die Charité auf.

Status. Von aussen nichts zu fühlen. Portio kurz, Muttermund quer gespalten; Corpus uteri nach rechts und etwas nach hinten durch alte schmerzhafte Stränge gelagert, lässt sich jedoch unter geringen Schmerzen erheben. Das rechte Parametrium ist mässig druckempfindlich. Linkes Ovarium nicht deutlich zu fühlen. Introitus klafft, an der hinteren Commissur eine Narbe von einem alten Dammriss. Beim Pressen tritt Prolaps der vorderen und eines Theiles der hinteren Vaginalwand ein. Um den äusseren Muttermund eine Erosion.

Am 21. 5. 1891 Operation, bestehend in Curettement, Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes, Annähen des Fundus mit 3 Seidenligaturen an die vordere Vaginalwand, Schluss des Scheidengewölbes durch fortlaufende Catgut- und Silkwormknopfnaht.

Die Nachbehandlung bestand in Sorge für regelmässigen Stuhlgang durch Eingiessungen und Karlsbader Salz und in der Behandlung des Blasenkatarrhs durch Ausspülungen. Am 6. 6. wurde Pat. entlassen; der Uterus lag anteflektirt, die Operationswunde war geheilt, die früheren Beschwerden waren verschwunden.

Am 29. 6. 91 stellt sich Pat. wieder vor. Sie hat vom 11.—15. ihre Periode gehabt, mässig reichlich. Sie fühlt sich bedeutend wohler als früher, hat allerdings noch etwas ziehende Schmerzen im Kreuz. Es besteht geringer Ausfluss. Der Uterus liegt in guter Anteflexion. In

den Parametrien keine Druckempfindlichkeit mehr. An der Portio geringe Erosion.

Die folgenden Krankengeschichten sind sämmtlich von mir verfasst, jedoch zum Theil nur im Auszug wiedergegeben. Diese Auszüge, die von Herrn Esser (cf. dessen Dissertation) gemacht worden sind, berücksichtigen vielfach zu wenig die Anamnese und die Operationsgeschichte. Es war mir nicht möglich, diesem Mangel nachträglich überall abzuhelfen.

Fall 11. 1. 6. 1891. Frau Tischlermeister F. ist seit 6 Jahren verheirathet, erste Geburt vor 5, letzte vor 3 Jahren. Seit der ersten Geburt Unterleibsschmerzen und starke Menorrhagien, nach der zweiten fünfwöchentliche Unterleibsentzündung. 1889 Curettement und Ring, im Juli 1890 abermaliges Curettement, danach Sistiren der Menorrhagie, aber stärkerer Ausfluss. Seit 14 Tagen krampfartige Schmerzen.

Status: Uterus vergrössert, retrovertirt, leicht reponibel. Linksseitiger, bis an das Scheidengewölbe reichender Cervixriss, welcher sich mit straffer Narbe in das linke Parametrium fortsetzt. Ectropium, Hypertrophie der Portio.

7. 6. 91. Curettement, Vaginofixation, Lappenspaltung an der Cervix. Bei dem Herunterziehen des Fundus wird die vordere Peritonealtasche eröffnet, Vernähung des Fundus mit der vorderen Scheidenwand durch 4 Seidensuturen. Vor der Knüpfung dieser Nähte wird eine doppelseitige Lappenspaltung an der Cervix gemacht und die gesetzten Wunden durch je 2 Silkwormnähte geschlossen. Darauf Knüpfung der den Fundus fixirenden Nähte. Die quere Wunde im Scheidengewölbe wird nunmehr durch fortlaufende Catgutfäden und eine Silkwormligatur am Ort der grössten Spannung so vernäht, dass ein sagittal verlaufender Wundspalt entsteht.

Der Uterus liegt nach der Operation in normaler Anteversio-flexio.

In den ersten Tagen Retentio urinae, Katheterismus.

18. 6. 91. Wunde völlig vernarbt. Uterus liegt in normaler Anteversioflexio, Cervixrisse verheilt, Portio bedeutend voluminöser als vor der Operation, Muttermund kleine Querspalte, die gerade eine watteumwickelte Sonde passiren lässt. Schmerzen und Harndrang treten nur selten, nach längeren Anstrengungen auf. Pat. fühlt sich kräftiger.

29. 7. 91. Die Blase hält das normale Quantum Urin, der Uterus wird von der gefüllten Blase in die normale Retroversion gebracht. Menstruation vor einigen Tagen, schwächer wie früher.

Nov. 91. Ein länger dauernder Fluor wird durch Entfernung der definitiven Seidensuturen aus einem Granulationsknopf im oberen Wundwinkel beseitigt.

18. 3. 92. Pat. hat gar keine Beschwerden, keinen Ausfluss, Uterus ist kleiner geworden, liegt gut anteflektirt.

Beobachtungsdauer: 9 Monate 11 Tage.

Fall 12. Frau Marie Hoffmann wurde seit dem 15. 4. 91 wegen Retroversio uteri, Oophoritis dextra und Dislocatio ovarii dextri behandelt. Gegen die beiden letzten Krankheitszustände wurden Jodtinctur und

zuletzt eine 5wöch. Massagekur mit Erfolg angewendet. Am 10. 11. 91 wurde der retroflektirte Uterus aufgerichtet und ein Ring eingelegt. Am 11. 11. 91 ergab sich, dass das linke Ovarium in perimetritische Fixationen eingebettet war, welche auf den Uterus nach links hinüberzogen. Am 12. 11. 91 wurde die Vaginofixation gemacht, nachdem vorher in der Narkose die zum Uterus ziehenden Stränge gedehnt und das linke Ovarium aus den Fixationen gelöst worden war. Es kamen 4 provisorische Nähte zur Anwendung. Nach der Operation hatte Pat. Schmerzen in der linken Seite, welche vier Tage dauerten. Am 19. 11. waren die Schmerzen in der Seite nur gering; der Uterus lag anteflektirt in Retroversionsstellung; die Wunde war geheilt. Am 10. 12. lag der Uterus in Retroversionsstellung und der Fundus etwas nach links hinüber; Pat. hatte ab und zu Kreuzschmerzen und litt an Uebelkeit.

Am 8. 1. 92 lag der Uterus anteflektirt mit nach links geneigtem Fundus. Pat. hatte keine Beschwerden mehr und wurde aus der Behandlung entlassen.

30. 5. 92. Pat. fühlt sich im Allgemeinen sehr wohl, ab und zu klagt sie über Schmerzen in der linken Seite. Uterus stark anteflektirt, die Cervix in Retroversionsstellung (wie virgineller Uterus).

10. 11. 92. Uterus in Retroversionsstellung anteflektirt, rechtes Ovarium im Douglas, vergrössert und empfindlich.

7. 2. 93. Pat. ist vom 14. 9. 92 an bis jetzt an doppelseitigen Tubentumoren behandelt worden, Uterus anteflektirt.

Beobachtungsdauer nach der Operation: 15 Monate.

Fall 13. Frau Odea wurde seit dem 16. 12. 1890 wegen Retroflexio uteri mit Pessarien behandelt. Am 31. 10. 91 bekam Pat. starke Blutungen mit Abgang von Stücken, deren mikroskopische Untersuchung Deciduareste ergab; der Uterus wurde tamponirt. Am 3. 11. wurde Pat. curettirt. Bei der Untersuchung am 10. 11. hatte Pat. keine Beschwerden und keine Blutungen mehr; der Uterus war retroflektirt, aber leicht aufrichtbar. Am 12. 11. 91 wurde die Vaginofixation gemacht; es kamen 4 provisorische Nähte zur Anwendung; Pat. hatte nach dem Erwachen aus der Narkose keine Schmerzen. Bei der Untersuchung am 19. 11. lag der Uterus anteflektirt und wenig antevertirt; die Wunde war geheilt und Pat. hatte keine Beschwerden. Bei der Untersuchung am 26. 11. und ebenso am 29. 12. lag der Uterus normal anteflektirt und antevertirt (der Fundus hinter der Symphyse), Pat. fühlte sich vollständig wohl und frei von allen Beschwerden und wurde aus der Behandlung entlassen.

4. 5. 92. Uterus anteflektirt, Graviditas Ende des vierten Monats. Keine Beschwerden.

10. 10. 92. Graviditas mens. VIII. ohne jede Beschwerden. Von der Narbe nichts zu fühlen.

25. 10. 93. Pat. hat am 9. 11. 92 spontan vor Ankunft der Hebamme ein lebendes Kind geboren, welches sie jetzt noch in voller Gesundheit nährt.

Der Uterus zeigt die physiologische Lactationsatrophie, ist sehr klein, liegt anteflektirt, ist beweglich. Bei künstlicher Retroversion behält er seine Krümmung über die vordere Fläche und federt sofort in Anteversion zurück. Ovarien klein, beweglich.

Beobachtungsdauer: 2 Jahre.

Die Pat. wurde von mir am 27. 10. 93[1]) in der hiesigen geburtshülflichen Gesellschaft vorgestellt. Eine Untersuchung der Pat., die ich wünschte, wurde indessen von keinem der anwesenden Herren vorgenommen.

Fall 14. Frau Streptow kam am 13. 11. 1891 in die Klinik mit Klagen über Schmerzen in der linken Seite und einem Druckgefühl im Unterleib, sowie starkem Fluor seit ihrer letzten Entbindung vor vier Jahren. Die Untersuchung ergab eine Retroflexio uteri, gegen welche ein Pessar eingelegt wurde. Am 16. 11. 91 wurde die Vaginofixation gemacht; es kamen 4 provisorische Nähte zur Anwendung. Am 21. 11. erschien Pat. zum letzten Male und hatte nur noch geringes Ziehen in der linken Seite. Der Uterus lag anteflektirt und die Wunde war geheilt.

Fall 15. Emilie Melitz, 24 Jahre alt, ledig, Nullipara, liess sich vom 4.—12. 8. 1891 in der Charité behandeln, da die Periode unregelmässig war und sie während derselben heftige Schmerzen hatte. Daselbst wurde ihr wegen Retroflexio uteri ein Ring eingelegt, worauf sie sich bedeutend gebessert fühlte, obgleich der Uterus im Ring retroflektirt lag. Am 13. 11. entschloss sie sich zur Vaginofixation, welche am 16. 11. 91 ausgeführt wurde. Wegen der Enge der Genitalien war es schwierig, den Fundus in die Wunde zu ziehen; doch gelang dies schliesslich durch 4 provisorische Nähte. Am 23. 11. 91 klagte Patientin über häufigen Urindrang; der Uterus lag anteflektirt. Bei der folgenden Untersuchung am 27. 11. und ebenso bei der am 29. 12. 91 hatte Pat. keinen Urindrang mehr und auch sonst keine Beschwerden. Der Uterus lag in normaler Anteflexionsstellung.

3. 3. 92. Der Uterus stark anteflektirt, keine Beschwerden, nur Dysmenorrhoe. Dilatation.

Fall 16. Frau Kantowsky, 40 Jahre, XVIp., darunter 10 Aborte. Pat. trägt seit Januar 91 einen Ring. Am 28. 7. 91, wo sie zuerst in unsere Behandlung eintrat, klagte sie über Schmerzen im Kreuz und in der linken Seite, Verstopfung und Menorrhagie. Wegen Retroflexio uteri wurde ihr ein Ring eingelegt. Da am 10. 11. 91 der Uterus retroflektirt im Ring lag, so wurde ihr die Vaginofixation vorgeschlagen und am 17. 11. 91 ausgeführt. Aus dem stark vergrösserten Uterus wurde ein haselnussgrosses Myom der linken Uteruskante enucleirt.

24. 11. 91. Uterus in starker Anteversion, geringer Anteflexion. Pat. klagt über Drängen nach unten und erschwerte Urinentleerung. Bei der Untersuchung am 1. 12. 91, sowie bei allen folgenden lag der Uterus normal anteflektirt, und Pat. hatte keine Beschwerden mehr. Dagegen zeigte sich ein starker Fluor, weshalb Pat. bis 22. 1. 92 mit Chlorzink intrauterin geätzt wurde. 8. 3. 92. Letzte Menstruation vor 8 Tagen. Therapie: Chlorzink.

Anfang Juli. Letzte Menstruation Mai 92. Uterus anteflektirt, vergrössert, weich. Graviditas mens. II.

29. 9. 92. Keine Beschwerden. Graviditas mens. V.

Beobachtungsdauer: 10 Monate.

---

1) Centralbl. f. Gyn. 1893, S. 1142.

Fall 17. Fräulein Löhnig, 19jähr. Op., wurde seit dem 26. 6. 1890 wegen Retroflexio uteri mit Pessarien behandelt. Da am 9. 11. 91 der Uterus retroflektirt im Ring lag und Pat. am 13. 11. 91 über Schmerzen im Kreuz klagte, so kam am 18. 11. 91 die Vaginofixation zur Ausführung. Hierbei wurden massenhafte Stränge nach links gedehnt und es kamen 3 provisorische Nähte zur Anwendung. 24. 11. 91: Pat. hat die Menstruation ohne so starke Schmerzen und ohne Erbrechen wie früher gehabt. Am 7. 12. 91 lag der Uterus gut anteflektirt, und Pat. hatte keine Beschwerden, ausser Stuhlverstopfung; die Wunde war vollständig geheilt. Am 5. 1. 92 gab Pat. an, wieder Schmerzen bei der Periode gehabt zu haben. Bei der Untersuchung am 8. 2. 92 lag der Uterus gut anteflektirt; das Unwohlsein war schmerzlos verlaufen, dagegen klagte Pat. über ziehende Schmerzen in der linken Seite und über ein abnormes Gefühl beim Hinsetzen („als ob etwas im Leib in die Höhe ginge"). Einzelne Stränge nach links vom Uterus waren noch etwas empfindlich.

10. 5. Uterus in der Beckenaxe, nach links geneigt, ziehende Schmerzen im Kreuz.

5. 12. 92. Seit 8 Tagen Schmerzen in der linken Seite (frische Gonorrhoe), linkes Ovarium empfindlich und fixirt.

25. 10. 93. Ab und zu Schmerzen in der linken Seite. Menstruation regelmässig. Ab und zu Cystitis, die schon vor der Operation bestand. Uterus klein, gut anteflektirt, beweglich, linke Tube etwas verdickt und druckempfindlich.

Beobachtungsdauer: 2 Jahre.

Fall 18. Frau Stripp, 20 Jahre alt, erhielt, nachdem sie wegen starker Blutungen in Folge eines Aborts mit Hydrastis Canadensis in der Poliklinik behandelt war, am 2. 8. 1891 in der Charité wegen Retroflexio uteri ein Pessar eingelegt. Am 19. 11. 91 wurde bei ihr die Vaginofixation gemacht; hierbei wurden Stränge im linken Ligamentum latum gedehnt und der Fundus uteri mit drei provisorischen Nähten in die Vaginalwunde gezogen. 23. 11. 91: Seit gestern ist die Periode, allerdings 8 Tage zu früh, aber ohne besondere Schmerzen, eingetreten.

2. 11. 91. Der Uterus liegt gut anteflectirt, Pat. hat keine Beschwerden; sie klagt nur über Ausfluss.

8. 10. 1892. Bis vor 2 Monaten Kreuzschmerzen, starker Fluor. Jetzt Wohlbefinden. Uterus anteflectirt, nach hinten fixirt.

11. 11. 92. Chlorzinkätzung und Zugmassage.

Beobachtungsdauer: 1 Jahr.

Fall 19. Frau Kudras, 25 Jahre, Op., klagte am 12. 11. 1891 über Schmerzen in der linken Seite und krampfartige Schmerzen bei der spärlichen Menstruation, trotzdem der Uterus in einem Ring anteflectirt lag. Nach Herausnahme des Ringes liegt der Uterus retrovertirt und es findet sich Verkürzung der Douglas'schen Falten und ein Strang im linken Ligament.

21. 11. 91. Vaginofixation. Die Ablösung der Blase war zunächst schwierig, da der erste Schnitt nicht tief genug geführt war. In Folge des hierdurch nöthigen starken Anziehens der die Portio fixirenden Kugelzangen reissen dieselben aus. Ausserdem zerriss der mittlere definitive Faden beim Knoten. Vernähung der Zangenrisse an der Portio mit je einer Sutur.

Pat. hatte nach der Operation überhaupt niemals Beschwerden.

9. und 30. 1. 1892 Entfernung der Fäden.

1. 6. 92. Uterus sehr gut anteflektirt. Keine Beschwerden.

7. 11. 92. Keine Beschwerden. Uterus ausgezeichnet anteflectirt.

26. 10. 1893. Hat sich stets wohl befunden. Die Menstruation ist etwas stärker wie früher und schmerzlos.

Uterus in normaler Anteversio-Flexio, beweglich, Strang nach rechts hinten, Ovarien beweglich.

Beobachtungsdauer: 23 Monate.

Fall 20. Frau Moritz, 27 Jahre alt, 5 Geburten, darunter 2 Aborte, klagte über brennende Schmerzen im Unterleib und im Kreuz; ihre Periode erschien seit $^1/_4$ Jahre alle 14 Tage und dauerte 8 Tage. Die Untersuchung ergab eine Retroflexio uteri. Am 23. 11. 1891 Vaginofixation. Am 29. und 30. 11. 1891 hatte Patientin Blutungen, aber keinerlei Schmerzen.

Am 9. 12. 91 klagte Patientin über Schneiden beim Uriniren und geringe Kreuzschmerzen, fühlte sich aber im Allgemeinen bedeutend gebessert. Der Uterus lag gut anteflektirt.

Fall 21. Frau Lehmann, 34 Jahre alt, 3 normale Partus, klagte über Schmerzen im Kreuz und über eine sehr unregelmässige und starke Periode. Pat. trug ein Pessar, in welchem der stark vergrösserte Uterus retroflectirt lag. Bei der Reposition desselben fühlte man Stränge zur linken Spina ischii sich anspannen und eine Schrumpfung des linken Ligamentum latum. Am 24. 11. 1891 wurde bei ihr zum ersten Male die Vaginofixation gemacht, bei welcher die erwähnten Stränge gedehnt wurden. Bei der Operation riss die oberste provisorische Naht aus. Nach der Operation lag der Uterus anteflectirt. Bei der Untersuchung am 1. 12. 91, sowie bei der am 5. 11. 91 und am 12. 12. 91 ergab sich jedoch, dass der Uterus retrovertirt lag und der Fundus durch einen derben Strang nach links hinten gezogen wurde; Patientin hatte wieder Kreuzschmerzen. Am 15. 1. 1892 sagte Patientin bei der Untersuchung, dass ihre Beschwerden grösser geworden seien. Der Uterus liess sich wegen der straffen Narbe, welche die Portio nach vorn fixirte, schwer reponiren; nach der Reposition zeigte sich das linke Ligament in toto geschrumpft und in ihm das kleine fixirte Ovarium. Vom 16. 1. 92 bis 28. 1. 92 wurde nun Patientin massirt. Hierdurch gelang es, das linke Ovarium frei beweglich zu machen und den Uterus so weit aus Fixationen zu lösen, dass er gut in einem Pessar lag. Am 29. 1. 92 wurde die zweite Vaginofixation gemacht: Im rechten Winkel der Narbe befindet sich ein Granulationsknopf, aus dem zwei Seidenfäden entfernt werden. Darauf wird die alte Narbe gespalten. Der in die Oeffnung eingesetzte Finger stösst auf derbe Narbenstränge, die sich aber von links her mit dem Finger durchtrennen lassen. Höher hinauf constatirt der Finger eine breite bandartige Verbindung der Blase mit dem Uterus, in welcher ein Faden zu fühlen ist, der beim Andrängen des Fingers zerreisst. Die erwähnte Verbindung wird mit der Scheere durchtrennt und erweist sich als das verdickte und nunmehr eröffnete Peritoneum. Durch diese Oeffnung wird der Fundus hoch gefasst und an dem queren Narbenwulst der vorderen Vaginalwand fixirt.

24. 2. 92. Entfernung eines Fadens. Uterus normal anteflektirt.

Die Beschwerden der Pat. waren allmälig geringer geworden. Doch da sie über neuralgische Schmerzen im Hals und in den Schultern klagte, wurde sie in eine Klinik für innere Krankheiten geschickt, wo die Diagnose auf Anämie und Milztumor (latente Malaria chronica?) gestellt und ihr Eisen und Chinin verordnet wurde.

4. 3. 92. Uterus liegt ausgezeichnet. Pat. glaubt jetzt, Krebs zu haben.

20. 11. 93. Pat. theilt mir brieflich mit, dass sie nicht besser geworden und keine Geburten mehr durchgemacht habe. Die Menstruation sei unregelmässig und immer noch so stark, ausserdem leide sie seit der Operation an starkem Fluor.

Fall 22. Frau Bayer, 36 Jahre alt, 3para, hat vor 8 Jahren zuletzt geboren. Seit dem 30. 11. 90 wurde sie wegen Retroflexio uteri mit Ringen behandelt.

23. 11. 91. Pat. klagt über Schmerzen, Uterus durch massenhafte Stränge nach beiden Seiten und hinten fixirt, lag retroflektirt im Ring.

24. 11. 91. Vaginofixation.

Bis 18. 12. 91 hatte Pat. wiederholte Blutungen von mehrtägiger Dauer, die durch Chlorzinkätzungen beseitigt wurden.

1. 2. 92. Pat. hat all' ihre früheren Beschwerden verloren.

5. 3. 92. Keine Beschwerden, Menstruation schwächer wie vor der Operation. Uterus gross, anteflektirt, Fundus etwas nach rechts geneigt.

13. 6. 92. Pat. klagt über Fluor und Kreuzschmerzen. Uterus liegt retroflektirt.

7. 11. 93. Pat. klagt über Fluor und öfteren Urindrang. Uterus vergrössert, retroflektirt, nach rechts hinten fixirt, nicht reponibel.

Menstruation vierwöchentlich, 2—3tägig, wie vor der Operation.

Beobachtungsdauer: 2 Jahre.

Fall 23. Frau Schulz, 39 Jahre alt, hatte im Juli 1891 wegen Retroflexio uteri in der Charité ein Pessar bekommen. Trotzdem hatte sie andauernd Schmerzen im Kreuz. Die Untersuchung am 24. 11. ergab, dass ein linksseitiger Cervixriss die Portio nach links und vorn fixirte. Stränge rechts und links. Nach der Vaginofixation am 25. 11. 91 hatte Pat. noch Schmerzen in der rechten Seite und in der Nabelgegend: auch ging blutiger Schleim aus dem Uterus ab. Die Schmerzen besserten sich jedoch und am 2. 2. 92 gab Pat. an, gar keine Beschwerden mehr zu haben. Der Uterus lag gut anteflektirt, und die Wunde war vollständig geheilt.

1. 6. 92. Pat. hat ab und zu Kreuzschmerzen, fühlt sich aber bedeutend wohler als vor der Operation. Uterus klein, anteflektirt. Entfernung zweier Ligaturen.

Fall 24. Frau Günther kam am 3. 8. 1891 in die Poliklinik und klagte über starke Blutungen seit 7 Wochen. Die Untersuchung ergab eine Retroflexio uteri fixati. Nachdem die Blutungen durch Curettement und Tinctura jodi intrauterin beseitigt waren, wurde Pat. am 25. 8. ein Hodge-Pessar eingelegt. Dieses wurde jedoch wegen des im Douglas fixirten, vergrösserten und schmerzhaften linken Ovariums am 21. 10. 91 herausgenommen und Pat. bis zum 21. 11. 91 mit dem Erfolg massirt, dass das linke Ovarium frei beweglich wurde, und der Uterus sich

leicht reponiren liess. Am 25. 11. 91 wurde die Vaginofixation gemacht. Pat. fühlte sich nach derselben bis zum 19. 1. 92 dauernd wohl und ohne Beschwerden; der Uterus lag gut anteflektirt hinter der Symphyse.

24. 3. 92. Uterus liegt retrovertirt.

Fall 25. Die 30jährige Frau Büttner, die 6 mal geboren (darunter 2 mal abortirt), kam am 6. 4. 91 in die Poliklinik und klagte über Schmerzen in der linken Seite und starken Ausfluss. Die Untersuchung ergab eine Retroflexio uteri fixati, Stränge nach links hinten und bei der Untersuchung eine Empfindlichkeit des rechten Ovariums. Patientin wurde mit Tinctura jodi behandelt, dann vom 3. 11. massirt; am 10. 11. 91 liess sich der Uterus zum ersten Male reponiren. 19. 11. Ring. Uterus retrovertirt im Ring. Am 27. 11. Vaginofixation (4 provisorische Nähte), wobei in der Narkose noch Stränge nach links und rechts hinten gedehnt wurden. Am 4. 12. 91 lag der Uterus gut antevertirt; Pat. hatte geringe Schmerzen in beiden Seiten. Am 7. 12. 1981 hatte Pat. starke Schmerzen in beiden, besonders der rechten Seite, sowie Blutungen aus dem Uterus. Die letzteren verschwanden am 11. 12. durch Einnehmen von Hydrastinin. Die Wunde war geheilt, und der Uterus lag gut anteflektirt. Es war nur noch geringe Endometritis vorhanden. Als jedoch Pat. am 20. 2. 92 zur Untersuchung erschien, ergab dieselbe, dass der Uterus retrovertirt lag; Patientin hatte aber Beschwerden. Bei der Untersuchung am 2. 3. 92 liess sich der Uterus leicht reponiren; Pat. erhielt einen Thomasring; es wurde ihr eine zweite Vaginofixation vorgeschlagen.

9. 5. 92. Uterus liegt gut im Ring, was vor der Operation nicht zu erzielen war.

Fall 26. Die 34jährige Frau Schroeder, welche 3 mal normal, zuletzt vor 10 Jahren, geboren, kam am 27. 7. 91 wegen 9 Wochen anhaltender Blutungen in Folge eines Abortus in die Poliklinik und wurde curettirt. Bei der Untersuchung am 1. 8. 91 stellte sich heraus, dass der Uterus retrovertirt lag; derselbe wurde aufgerichtet und ein Ring eingelegt. Da Pat. den Ring nicht tragen wollte, so wurde am 26. 11. 91 die Vaginofixation gemacht. Hierbei fanden sich Stränge nach beiden Seiten und hinten und insbesondere von einem Cervixriss aus ein Strang ins linke Parametrium, welche den Uterus fixirten. Am 7. 12. 91 hatte Pat. noch geringe Schmerzen in der rechten Seite. Am 10. 2. 92 fühlte sich jedoch Pat. frei von allen Beschwerden und klagte nur über etwas Ausfluss. Drei definitive Nähte entfernt. Der Uterus lag gut anteflektirt.

31. 6. 92. Uterus klein, gut anteflektirt. Pat. hat gar keine Beschwerden.

25. 10. 93. Pat hat seit der Operation keine Beschwerden mehr gehabt, nur tritt vor der Menstruation öfters fressender Ausfluss auf. Uterus liegt anteflektirt in Retroversionsstellung, wird durch einen scharf gespannten Strang nach hinten gezogen.

Beobachtungsdauer: 23 Monate.

Fall 27 [1]). Frau Grützmacher, eine 35jährige 4para, kommt

1) Um einen Fehler in der Numerirung der Fälle auszugleichen, ist dieser Fall hierher gesetzt, obgleich er chronologisch später hätte angeführt werden müssen.

mit Ring in Behandlung. 5. 4. 92. Uterus im Ring retroflektirt. 2. 2. 93 Vaginofixation, rechtes Ovarium aus Verwachsungen gelöst, Strang im linken Parametrium gedehnt. 2. 3. 93 Schmerzen links, Uterus aufrecht, rechtes Ovarium empfindlich und fixirt. Ichthyoltampon.

Fall 28. Frau Klonter wurde seit dem 8. 2. 1891 wegen Retroflexio uteri mit Pessarien behandelt. Da am 27. 10. und 23. 11. 91 der Uterus retrovertirt im Ringe lag und Pat. seit 14 Tagen Beschwerden hatte, so wurde am 27. 11. 91 die Vaginofixation gemacht (4 provisorische Nähte), wobei sich in der Narkose zeigte, dass beide Douglasschen Falten verkürzt waren und zu den Spinae ischii hin Stränge zogen. Bei der Untersuchung am 14. 12. 91 lag der Uterus anteflektirt in Retroversionsstellung; Pat. hatte noch geringe Schmerzen in der linken Seite. Bei der Untersuchung am 29. 1. 92 lag der Uterus gut anteflektirt, und die Schmerzen in der linken Seite traten nur noch vereinzelt auf, so dass Pat. sich bedeutend wohler als vor der Operation fühlte. 7. 3. 92. Ab und zu Stechen in der linken Seite, Kreuzschmerzen. Pat. fühlt sich wohler als vor der Operation. Uterus anteflektirt in Retroversionsstellung.

14. 6. 92. Uterus in Retroversionsstellung anteflektirt, nach hinten sehr empfindliche parametritische Stränge. Ring.

29. 7. 92. Uterus gut anteflektirt im Ring.

13. 9. 92. Uterus retroflektirt im Ring. Thomasring.

13. 11. 92. Uterus in der Beckenachse.

19. 12. 92. Ring weggelassen.

27. 2. 93. Uterus ohne Ring anteflektirt, linkes Ovarium vergrössert, empfindlich. Ichthyol.

13. 3. 93. Ring wieder eingelegt. Uterus vergrössert, von unregelmässiger Gestalt, auf der Hinterwand rechts circumskripte Hervorwölbung. (Fibroid?)

8. 4. 93. Ringwechsel.

Fall 29. Frau Wittwe Rattei hat von 1877 bis 1884 zunächst abortirt und dann 3 Kinder geboren, das letzte 1884. Seit 1887 trägt sie einen Ring ohne Beschwerden. Da sie aber von dem Ring befreit sein wollte, so wurde am 28. 11. 91 die Vaginofixation gemacht, wobei es sich zeigte, dass der Uterus durch einen Strang nach der linken Spina ischii gezogen wurde. Am 16. 12. 91 hatte Pat. noch bei Anstrengungen brennende Schmerzen im Kreuz und in der linken Seite; diese Schmerzen waren jedoch am 3. 2. 92 vollständig verschwunden. Der Uterus lag gut anteflektirt, war klein und beweglich; er liess sich retrovertiren, kehrte aber sofort wieder in Anteversion zurück. 30. 5. 92. Uterus gut anteflektirt, keine Beschwerden.

5. 11. 93. Wegen Drucks auf die Blase wurde Pat. im Jan. 93 zu Herrn Dr. Nitze geschickt, welcher Fäden aus der Blase entfernte. Sonst hat Pat. nie Beschwerden gehabt. Die Menstruation trat nach der Operation ebenso regelmässig auf, wie vorher. Uterus klein, anteflektirt, nur nach links hin etwas durch unempfindliche Stränge fixirt, sonst beweglich.

Beobachtungsdauer: 23 Monate.

Fall 30. Bertha Richter, eine 25jährige Opara, kam am 6. 4. 1891 in die Poliklinik und klagte über Schmerzen während der Periode, so-

wie über die Unmöglichkeit, besonders während der Arbeit, den Urin halten zu können. Auch litt sie viel an Kopfschmerzen. Sie wurde hierauf einige Male durch Uterussondirungen behandelt. Am 5. 5. 91 fand sich, dass der Uterus retrovertirt lag. Patientin erhielt nun am 22. 6. 91 ein Pessar. Da in demselben jedoch am 25. 11. der Uterus retroflektirt lag, so wurde am 28. 11. die Vaginofixation gemacht, bei welcher das straffe retrovesicale Gewebe mit der Scheere durchtrennt werden musste. Der Uterus lag nun gut anteflektirt; jedoch hatte Pat. noch Schmerzen bei der Menstruation und in der linken Seite. Da das linke Ovarium fixirt war, so wurde dasselbe am 22. 1. 92 aus den Fixationen gelöst. Bei der Untersuchung am 12. 2. 92 fand sich, dass der Uterus retrovertirt lag. Da Pat., die allerdings bereits am 6. Tage nach der Operation Zimmer gescheuert hatte, noch Schmerzen beim Unwohlsein hatte, so wurde sie mit Elektrolyse behandelt. Am 3.3.92 wurde die Vaginofixation (4 provisorische Nähte) wiederholt. Der Uterus lag nach beendeter Operation anteflektirt, der Fundus etwas nach rechts, in Folge eines zum rechten Ovarium ziehenden Stranges.

19. 3. Pat. keine Beschwerden.

Uterus sehr stark anteflektirt, Wunde geheilt.

1. 6. Uterus anteflektirt, Fundus etwas nach rechts geneigt. Pat. hat keine Beschwerden, speciell die Menstruation ist jetzt 3 mal schmerzlos verlaufen. Entfernung einer definitiven Sutur.

27. 10. 93. Pat. klagt über Harndrang, an welchem sie übrigens seit 1883 leidet. Die Menstruation verläuft jetzt schmerzlos und dauert nicht mehr so lange. Die Kystoscopie (Posner) ergab normale Verhältnisse.

Uterus anteflektirt in Retroversionsstellung, durch Stränge nach rechts hinten gezogen, Ovarien beweglich.

12. 12. 93. Uterus heute mehr in der Beckenachse. Blasenspülung.

25. 1. 94. Urinbeschwerden bis vor einigen Tagen geschwunden. Uterus anteflektirt in der Beckenachse, lässt sich bis zur Symphyse ziehen. Beide Ovarien beweglich. Zweite Blasenausspülung mit ½ proc. Lysollösung.

Beobachtungsdauer: 23 Monate nach der 2. Operation.

Fall 31. Frau Karow, 32 Jahre alt, wurde seit 7. 5. 90 wegen Retroflexio uteri mit Pessarien behandelt. Am 7. 4. 91 wurde Gravidität im 3. Monat constatirt. Am 13. 4. 91 abortirte Pat. zum ersten Male und, nachem am 19. 8. 91 wiederum Gravidität constatirt war, am 27. 8. 91 zum zweiten Male. Nachdem Pat. hierauf wieder mit Pessarien behandelt war, wurde auf ihr Verlangen, da das Pessar die Cohabitation störe, am 28. 11. die Vaginofixation gemacht. Als am 7. 12. 91 Pat. wieder erschien, hatte sie keine Beschwerden; der Uterus lag gut anteflektirt. Bei einem späteren Erscheinen gab Pat. an, noch zeitweise Schmerzen im Kreuz und in der linken Seite zu haben. Der Uterus lag dauernd gut anteflektirt. 30. 5. 92. Pat. hat sich bis gestern wohl gefühlt; seitdem Brennen beim Urinlassen (Vulvitis et Colpitis). Uterus gut anteflektirt.

30. 8. 92. Blasenbeschwerden (Druck auf die Blase, Brennen beim Urinlassen). Uterus anteflektirt.

10. 1. 93. Menstruation seit 4 Monaten ausgeblieben. Uterus mannskopfgross.

13. 6. 93. Pat. hat im Februar Fehlgeburt durchgemacht, klagt über Blasenbeschwerden. Uterus anteflektirt und beweglich.

Einige Tage später entfernte Herr College Posner nach kystoscopischer Feststellung der Diagnose aus der Blase 2 mit Kalksalzen incrustirte Seidenfäden.

27. 10. 93. Pat. ist nach Bericht der Herren DDr. Posner und Samter im 5. Monat gravide.

24. 11. 93. Keine Beschwerden. Graviditas mens. VII.

25. 1. 94. „ „ „ „ IX. (2 Schädellage.)

27. 3. 94. Pat. hat am 13. 3. 94 normal und leicht geboren. Sie nährt und fühlt sich, bis auf eine schmerzhafte Krampfaderschwellung am linken Bein, ganz wohl. Uterus gut anteflektirt, noch vergrössert, völlig beweglich.

13. 8. 94. Keine Beschwerden. Uterus liegt normal, ist sehr klein (Lactationsatrophie).

Beobachtungsdauer: 32½ Monate.

Fall 32. Frau Heuschuch. Op., kam am 8. 10. 1891 in die Poliklinik und klagte über eine unregelmässige und spärliche Periode, während welcher sie starke Schmerzen im Unterleib und im Kreuz hatte. Die Untersuchung ergab eine Retroflexio uteri fixata. Patientin wurde mit Tinctura Jodi, heissen Ausspülungen vom 5. 11. an auch mit Massage behandelt und ihr am 12. 11., nachdem der Uterus sich mit der Kugelzange reponiren liess, ein Pessar eingelegt.

Am 3. 12. 91 wurde die Vaginofixation gemacht, wobei ein straffes Bindegewebe zwischen Blase und Uterus dem eindringenden Finger bedeutenden Widerstand entgegensetzte, selbst die in die Portio eingesetzte Kugelzange ausriss, und der Riss vernäht werden musste. Der Fundus wurde mit einer Kugelzange heruntergezogen. Am 12. 12. 91 gab Patientin an, seit 4 Tagen in der rechten und seit 2 Tagen auch in der linken Seite ziehende Schmerzen zu haben.

Am 25. 1. 1892 gab Patientin an, dass jetzt nur noch zeitweise Schmerzen in der rechten Seite und unter dem Nabel vorhanden wären; die Periode sei 4 Wochen nach der Operation ohne Schmerzen eingetreten. Entfernung zweier Fäden. Bei der Untersuchung am 27. 2. 92, wo der Uterus, wie stets seit der Operation, gut anteflektirt, mit etwas nach rechts geneigtem Fundus, liegend gefunden wurde, sagte Patientin aus, dass die Schmerzen geringer geworden wären, und die Periode am 26. 1. reichlich, am 20. 2. aber schwächer eingetreten sei. 5. 3. beide Ovarien fixirt. 1. 4. Patientin hat die Menstruation fast ganz verloren. Keine Beschwerden. Uterus anteflektirt. Fundus etwas nach rechts geneigt.

31. 10. 92. Uterus anteflektirt, etwas nach rechts geneigt. Zugmassage.

2., 4., 10., 14. 11. dito.

29. 11. 92. Patientin hat bei der letzten Menstruation gar keine Schmerzen gehabt, fühlt sich jetzt sehr wohl.

28. 2. 93. Nichts notirt.

Beobachtungsdauer 15 Monate.

Fall 33. Emilie Höppner, ledig, wurde seit 17. 9. 1890 wegen Retroversio uteri, Oophoritis und Perioophoritis dextra mit Massage, Ichthyol und Pessarien behandelt. Am 7. 12. 91 wurde auf Wunsch der Patientin die Vaginofixation gemacht.

Am 15. 12. 91 klagte Pat. über Schmerzen, über Mangel an Appetit und Schwäche. Der Uterus lag, ebenso wie bei der letzten Untersuchung am 2. 1. 92, gut anteflektirt, und die Wunde war geheilt.

Fall 34. Frau Launer, 28 Jahre alt, hat 3 Mal normal geboren und 1 Mal 1887 abortirt. Seit dem Abort Unterleibsbeschwerden und nur 2—3wöchentliches Menstruationsintervall. 1 Jahr hindurch Ringbehandlung. Seit Juni 91 durch schweres Heben wieder Vorfall. 11. 7. 91 Oophoritis dextra und Parametritis sinistra. Tinctura Jodi. Am 23. 11. wurde der retrovertirte Uterus reponirt und ein Thomas-Pessar eingelegt. In beiden Ligamenten fanden sich massenhafte Stränge, zwischen denen die Ovarien eingebettet lagen; das linke Ovarium fixirt im Douglas, hühnereigross.

Am 9. 12. 91 Vaginofixation; das linke Ovarium war hühnereigross und lag in Schwarten eingebettet.

Am 15. 12. 91 lag der Uterus gut anteflektirt, und Pat. hatte keine Beschwerden mehr.

Fall 35. Frau Lorenz, 30 Jahre alt, hat 2 Mal, zuletzt 1885, geboren. Sie kam am 12. 7. 1891 in die Poliklinik und klagte über Schmerzen in der linken Seite. Da der Uterus retrovertirt lag, und die Parametrien empfindlich waren, so wurde Patientin zuerst mit Jod, dann mit Massage und zuletzt mit Pessarien behandelt.

Da am 30. 11. 91 der Uterus retroflectirt im Ring lag, durch zahlreiche Stränge nach hinten fixirt (die Ovarien waren ziemlich beweglich), so wurde am 8. 12. 91 die Vaginofixation gemacht. Am 15. 12. 91 gab Pat. an, seit gestern zu bluten; da die Blutungen am 19. 12. noch fortdauerten, so wurde Pat. Hydrastinin verordnet. Am 22. 12. 91 war keine Blutung mehr vorhanden. Dieselbe war schon nach 12 Dosen Hydrastinin verschwunden. Der Uterus lag gut anteflectirt. Am 25. 1. 92 klagte Patientin über spannende Schmerzen in der linken Seite bis zum Bein, die alle 6—8 Wochen einmal eintreten. Links hinter dem Uterus, der anteflektirt in der Beckenaxe lag, befanden sich Stränge.

30. 5. Pat. hat keine Beschwerden. Uterus liegt retrovertirt. Vorschlag einer zweiten Vaginofixation mit nachfolgender zeitweiliger Pessarbehandlung.

29. 6. 92. Zweite Vaginofixation. Uterus gross, retrovertirt, zahlreiche Stränge. Theils stumpf, theils mit der Scheere wird eine 4 cm breite Narbenmasse durchtrennt, worauf der Finger ins freie Peritonealcavum gelangt. 4 provisorische Nähte, von denen die unterste ausreisst, weil hier mit der Scheere die Uteruswand etwas angeschnitten war. Defect durch Knüpfung der 2. provisorischen Naht beseitigt. Portioamputation. In der Narbenmasse 2 Seidenfäden.

13., 17. 7., 22. 8., 3. 10. 92 Fäden entfernt. Uterus anteflektirt.

25. 10. 93. Menstruation früher 8-, nach der Operation 5tägig, 4wöchentlich.

Uterus klein, Portio relativ voluminös, Uterus anteflektirt, beweglich.

Aetzung einer Granulation im Narbentrichter.

Beobachtungsdauer nach der zweiten Operation 16 Monate.

Fall 36. Frau Tonn, 35 Jahre alt, hat 2 Mal geboren und dann 5 Mal abortirt. Sie wurde 2 Jahre lang mit Pessarien behandelt. Der Uterus war nach hinten durch empfindliche Stränge fixirt, welche die Ringbehandlung durch Kreuzschmerzen unmöglich machten. Am 8. 12. 91 wurde die Vaginofixation ausgeführt. Am 15. 12. klagte Pat. noch über häufigen Urindrang beim Liegen und über Schmerzen beim Uriniren. Der Tampon lag noch in der Scheide. Der Uterus war anteflectirt, etwas vergrössert, die Wunde war geheilt.

Am 4. 1. 1892 klagte Pat. wieder über Kreuzschmerzen, die früher auch bestanden hatten; der Uterus lag anteflektirt in Retroversionsstellung. Pat. hatte auch seit dem 15. 12. Blutungen, die jedoch nach Hydrastininpillen bald aufhörten. Am 11. 1. 92 hatte Patientin keine Schmerzen mehr, der Uterus lag stark anteflectirt, es ging noch etwas schwärzliches Secret ab (20 Pillen verbraucht).

Fall 37. Frau Litwinsky, 46 Jahre alt, hat 4 Mal normal geboren, 6 Mal abortirt. Sie war seit August bis December 1891 wegen Retroflexio uteri mit Pessarien behandelt worden, klagte aber fortwährend über Kreuzschmerzen. Am 9. 12. 91 wurde die Vaginofixation ausgeführt. Der Uterus war ziemlich stark vergrössert. 8 Tage nach der Operation lag der Uterus anteflektirt, aber in Retroversionsstellung, Pat. hatte noch Schmerzen beim Gehen und litt an Appetitlosigkeit. Am 28. 1. 92 befand sich Pat. subjectiv besser, Kreuzschmerzen traten nur noch bei schwerer Arbeit auf, der Uterus lag jedoch retroflektirt und war sehr gross. In Folge dessen wurde am 25. 2. die Vaginofixation zum zweiten Mal vorgenommen. Der Schnitt wurde über der ersten Narbe gemacht, der Finger kam nach Durchtrennung eines fingerdicken Narbengewebes, in welches die 3 Fäden eingeheilt waren, direkt ins Cavum peritoneale. 4 provisorische Nähte. Nach beendeter Operation lag der Uterus ausgezeichnet. 7. 3. 92. Etwas Kreuzschmerzen sind noch vorhanden, aber bedeutend geringer als vor der Operation. Uterus liegt ausgezeichnet.

30. 5. 92. Pat. klagt über heftige Kreuzschmerzen, die auf Endometritis und Metritis zurückzuführen sind. Der stark vergrösserte Uterus liegt ausgezeichnet.

8. 6. 92. Keine Schmerzen. Letzte Menstruation vor 14 Tagen, seit 8 Tagen Blutung. Uterus vergrössert, anteflektirt.

Fall 38. Frau Hintze, 20jährig, 0para, trug vom 10. 7. 91 bis 9. 12. 91 wegen Retroflexio uteri ohne Beschwerden einen Ring. Am 11. 12. 91 Vaginofixation. Am 18. 12. war die Wunde vollständig geheilt. Am 16. 2. 92 hatte Pat. keine Beschwerden mehr, Uterus lag sehr gut anteflektirt, es wurden 2 definitive Nähte entfernt.

7. 3. Keine Beschwerden. Uterus stark anteflektirt.

3. 11. 93. Pat. hat keine Beschwerden; Menstruation, die vor der Operation 8 Tage dauerte, hält jetzt nur 4—5 Tage an bei 4wöchentlichem Eintritt.

Uterus liegt retrovertirt, ist wegen der sehr kurzen Portio bimanuell nicht aufzurichten.

Beobachtungsdauer: 23 Monate.

Fall 39. Frau Schmidt, eine 27jährige Mehrgebärende, wurde wegen starker Endometritis mit Chlorzinkätzungen behandelt. Am 12. 12. 91 wurde zur radicalen Heilung der durch Retroflexion bedingten Endometritis die Vaginofixation und zugleich die Excision einer leicht blutenden Erosion beider Lippen ausgeführt. Nach der Operation wurde die Pat. von einem zuschauenden Collegen untersucht, welcher sich, wie die spätere Nachfrage ergab, nur sehr oberflächlich desinficirt hatte. Pat. erkrankte am 3. Tage nach der Operation mit hohem Fieber, und es entwickelte sich im Anschluss an eine Wundentzündung eine schwere septische Para- und Perimetritis anterior, welche Pat. 6 Wochen an das Bett fesselte, trotzdem durch Entfernung der Fäden, Drainage und Ausspülungen des retrovesicalen Raumes für möglichst ungehinderten Abfluss der Wundsekrete gesorgt wurde.

Ende Januar lag der Uterus retroflektirt.

8. 6. 92. Pat. ist verreist, hat nach Angabe ihres Mannes gar keine Beschwerden.

30. 10. 93. Pat. hat keine Beschwerden, nur dauert seit Kurzem die starke Menstruation 6 — 7 Tage, bei vierwöchentlichem Intervall. Uterus von normaler Grösse, in normaler Anteversio-flexio, hart. Linkes Ovarium beweglich, klein; rechtes stark in der Längsachse vergrössert, etwas schwer beweglich; im Douglas ein dünner perimetritischer Strang.

Beobachtungsdauer: 22½ Monate.

Fall 40. Frau Senftleben, 42 Jahre alt, hat 4 mal normal geboren, 4 mal abortirt. Sie kam am 6. 10. 1891 in die Poliklinik und klagte über Appetitlosigkeit, Kreuzschmerzen und Schmerzen in den Schenkeln. Der Uterus lag retroflektirt, liess sich mit der Kugelzange aufrichten, und es wurde ein Ring eingelegt. Am 8. 12. lag der Uterus retroflektirt im Ring, es wurde deshalb ein Thomaspessar eingelegt und die Vaginofixation vorgeschlagen. Am 10. 12. 91 Vaginofixation. Am 19. 12. lag der Uterus gut anteflektirt, die Wunde war beinahe geheilt. Pat. hatte nur am Ende des Urinlassens Schmerzen. Vom 10—17. 1. 92 trat eine sehr starke Menstruation ein. Am 18. 1. 92 hatte Pat. keine Beschwerden mehr; der Uterus war gross, anteflektirt, Fundus etwas nach rechts geneigt. Am Schlusse des Urinlassens bestand nur noch ein Gefühl von Kribbeln.

29. 10 93. Pat. hat die früheren Kreuzschmerzen seit der Operation verloren. Das Unwohlsein ist dagegen stärker, 2tägig, in 3 bis 3½ wöchentlichem Intervall, und ausserdem ist furchtbares Stechen in der Blase, sowie Schmerzen am Schluss des Urinirens vorhanden.

Uterus gross, retrovertirt, im Douglas ein fixirtes Ovarium, an der hinteren Blasenwand ist mit dem Katheter eine Rauhigkeit zu fühlen.

Beobachtungsdauer: 23 Monate.

Fall 41. Frau Rothenburg, 23 Jahre alt, hat vor 1½ Jahren normal geboren, vor 3 Monaten abortirt. Sie war vom 2. 11. 91 an wegen Pelveoperitonitis chronica, Oophoritis dextra, Retroflexio uteri fixata behandelt worden. 10. 12. Reposition. Ring. 14. 12. Thomasring im vorderen Laquear. Am 14. 12. 91 wurden in Narkose die Ovarien aus den Verwachsungen gelöst, es blieb ein kurzer, sehr fester Strang, der zur linken Spina ischii zieht, bestehen, der einem nur theilweise verheilten Cervixriss seinen Ursprung verdankt. Darauf folgte das Cu-

rettement und die Vaginofixation. Der linksseitige Strang wurde dicht an der Portio durchschnitten und die entstandene Wunde mit fortlaufender Catgutnaht vernäht. Am 23. 12. lag der Uterus gut anteflektirt, die Wunde war beinahe vollständig geheilt. Patientin hatte noch etwas Schmerzen, besonders beim Urinlassen.

Fall 42. Frau Zwetschinsky, 34 Jahre alt, war schon längere Zeit wegen Retroflexio uteri mit Pessarien behandelt worden. Am 15. 12. 91 wurde die Vaginofixation gemacht. Drei provisorische Nähte. Beim Schluss der Wunde wurden ausser der fortlaufenden Catgutnaht zur Blutstillung aus der Scheidenwunde noch 2 Seidenligaturen eingelegt.

Am 22. 12. lag der Uterus gut anteflektirt, war sehr gross, die Seidenfäden wurden entfernt. Am 30. 12. lag der Uterus gut, liess sich retrovertiren, ging aber von selbst wieder in die Anteflexionsstellung zurück. Pat. klagte über Brustschmerzen, die übrigens schon seit Jahren bestanden, und wurde deshalb in eine innere Abtheilung der Charité geschickt. Am 12. 2. 92 stellte sich Pat. wieder vor, nachdem sie aus der Charité mit der Diagnose eines chronischen Magenleidens entlassen worden war. Der Uterus lag in normaler Anteflexion. Am 4. 3. 92 hatte Pat. gar keine Beschwerden mehr, der Uterus lag gut.

25. 10. 93. Pat. fühlt sich seit der Operation sehr wohl.

Uterus anteflektirt, vergrössert, beweglich.

Beobachtungsdauer: 22½ Monate.

Fall 43. Frau Peitsch, 12para, war wegen Abort am 14. 6. 91 mit Curettement und dann wegen Retroflexio uteri und Parametritis posterior behandelt worden und hatte verschiedene Ringe, zuletzt einen Thomas, getragen, in dem allein der Uterus in Normallage zu erhalten war. Am 15. 12. 91 wurde die Vaginofixation gemacht. Am 30. 12. lag der Uterus gut anteflektirt, Pat. hatte Schmerzen beim Urinlassen, die Wunde war beinahe geheilt. Seit 7. 2. 92 klagte Pat. wieder über Kreuzschmerzen und es bestand schleimiger Ausfluss. Sie wurde deswegen mit Chlorzinkätzungen behandelt.

24. 2. 92. Uterus anteflektirt.

15. 2. 93. Seit 6 Wochen Kreuzschmerzen und beim Urinlassen Schmerzen in der linken Seite.

Uterus anteflektirt, vergrössert, hart, Portio voluminös. Diagnose: Metritis chronica, Erosio, Peri-, Parametritis.

Scarification.

21. 2. 93. Chlorzinkätzung.

Beobachtungsdauer: 14 Monate.

Fall 44. Frau Fischer, 26 Jahre alt, trug wegen Retroflexio uteri einen Hodgering, in dem der Uterus stets retroflektirt lag. Am 16. 12. 91 wurde die Vaginofixation gemacht. Die Stränge nach links und hinten, mit denen das linke Ovarium verwachsen war, wurden gedehnt. Am 22. 12. lag der Uterus gut anteflektirt, die Wunde war in Heilung begriffen. Am 16. 1. 92 war die Wunde ganz geheilt, Uterus lag in normaler Anteflexion, Pat. hatte keine Beschwerden mehr.

2. 4. 92. Letzte Menstruation vor 2 Monaten. Keine Beschwerden. Uterus anteflektirt, vergrössert. Graviditas mens. II.

Ende 93 theilt mir Pat. mit: Ich befinde mich nach der Operation

sehr wohl. Am 29. 1. 93 bin ich rechtzeitig und schnell von einer gesunden Tochter entbunden. Während der Schwangerschaft hatte ich keine Schmerzen im Leib, wohl aber furchtbares Brennen in der Blase. Vier Wochen vor der Geburt ging beim Uriniren ein Stück weg, welches, wallnussgross, wie ein Stück Sand aussah. Seitdem bin ich das Brennen los.

Mein Unwohlsein, welches ich nach der Operation 3 mal hatte, stellte sich 4 Monate nach der Geburt ein, obgleich ich nährte. Ich hatte es 3 mal regelmässig, aber recht stark und bin jetzt wieder zwei Monate schwanger. Ich fühle mich ganz wohl, habe kein Brennen.

Fall 45. Frau Auguste Lehmann, 43 Jahre alt, 1 Partus, trug wegen Retroflexio uteri einen Ring. Am 28. 12. 1891 wurde die Vaginofixation vorgenommen (Operateur: Dr. Schaefer), am 11. 1. 92 lag der Uterus gut anteflektirt, die Wunde war geheilt. Am 3. 2. fühlte sich Pat. völlig wohl, der Uterus lag gut.

13. 6. 92. Uterus retroflektirt. Entfernung zweier Seidenfäden.

14. 10. 92. Ein Seidenfaden in der Scheide.

Fall 46. Frau Schulz, 39 Jahre alt, wurde von Dr. Rieckenberg aus Spandau wegen Retroflexio uteri in die Poliklinik geschickt. Am 28. 12 wurde ihr die Vaginofixation vorgeschlagen und am 29. 12. 91 wurde die Operation mit 4 provisorischen Nähten gemacht. Am 5. 1. 92 lag der Uterus stark antevertirt, die Wunde war in Verheilung begriffen, Pat. hatte keine Beschwerden mehr. Am 6. 1. trat die Menstruation ein.

Weihnachten 93. Pat. hat keine Beschwerden. Menstruation viertägig, in dreiwöchentlichem Intervall, nicht so stark, wie vor der Operation. Uterus retroflektirt, reponibel.

Beobachtungsdauer: 2 Jahre.

Fall 47. Frau Ziemann, 26 Jahre alt, hat 2 normale Partus und 2 Aborte durchgemacht und kam im November 1891 wegen Endometritis und Retroflexio zur Behandlung. Der Uterus lag nach Herausnahme des Ringes retrovertirt, liess sich aber leicht reponiren. Ein linksseitiger Cervixriss fixirte die Portio nach links hinten. Am 5. 1. 1892 wurde die Vaginofixation (4 provisorische Nähte) und zugleich linksseitig die Emmet'sche Operation gemacht (Vernähung durch 2 Catgutnähte). Am 11. 1. trat eine starke Blutung, die durch Tamponade gestillt wurde, auf. Am 2. 2. war der Cervixriss geheilt, der Uterus stand in der Beckenachse, der Fundus war vom vorderen Scheidengewölbe aus fühlbar. Am 6. 2. hatte Pat. noch Schmerzen im Mastdarm beim Hinsetzen und ab und zu geringe Kopfschmerzen, fühlte sich aber im Ganzen wohler als vor der Operation (Operateur: Dr. Schaefer).

Fall 48. Frau Baltzar, 37 Jahre alt, war vom 10. 10. 1891, nachdem sie Juni 91 abortirt und seitdem unterleibskrank geworden, wegen Retroflexio uteri und Perimetritis posterior mit Pessarien und heissen Ausspülungen behandelt worden. Der Uterus war nach hinten fixirt und lag gewöhnlich retroflektirt im Ring. Am 5. 1. 92 wurde die Vaginofixation gemacht (3 provisorische Nähte). Am 11. 1. 92 lag der Uterus gut antevertirt, die Wunde war beinahe geheilt, Pat. hatte keine Beschwerden mehr. Am 15. 1. lag der Uterus sehr gut, die früheren

Beschwerden der Patientin: heftige Stiche in der rechten Schulter, Magenschmerzen, Kreuzschmerzen, sind gänzlich verschwunden.

5. 8. 92. Patientin ist $^1/_2$ Jahr gesund gewesen; klagt jetzt über Schmerzen in der linken Seite. Uterus anteflektirt, beweglich, papilläre Erosion, beide Ovarien empfindlich. Entfernung von 2 Seidenfäden.

13. 8. 94. Pat. hat keine Beschwerden. Menstruation regelmässig. Uterus liegt normal.

Beobachtungsdauer: 31 Monate.

Fall 49. Frau Carsten war wegen Retroversio uteri längere Zeit mit Pessarien behandelt worden. Der Uterus war durch massenhafte Stränge nach rechts und links hinten fixirt, die Ovarien frei beweglich. Am 7. 1. 92 Vaginofixation (3 provisorische Nähte). Am 22. 1. lag der Uterus gut anteflektirt, die Wunde war in der Mitte noch nicht ganz verheilt, Pat. hatte keine Beschwerden. Am 4. 3. stellte sich Pat. wieder vor, der Uterus lag gut anteflektirt, die Wunde war völlig geheilt. Pat. hat nur noch während der Menstruation Schmerzen in der Wunde, sonst geht es ihr sehr gut. 30. 5. 92 Uterus retrovertirt, Repositio, Ring.

Fall 50. Frau Hansen, 20 Jahre alt, hat vor 6 Jahren eine Frühgeburt durchgemacht, 24. 8. 1891 klagte sie über Kreuzschmerzen, Druck und Völle im Leib. Diagnose: Retroflexio, Ordin.: Ring. Da der Uterus im Ring retroflektirt lag, wurde am 7. 1. 92 die Vaginofixation (3 provisorische Nähte) gemacht. Nach beendeter Operation lag der Uterus gut anteflektirt.

20. 4. 92. Uterus stark vergrössert, retrovertirt, hinten fest fixirt; in das linke Scheidengewölbe strahlt die Narbe in Gestalt eines festen Stranges aus. Pat. hat Kreuzschmerzen und kann nicht gehen.

13. 9. 92. Dieselben Beschwerden. Lösung der Fixationen in Narkose, Ring.

27. 11. 92. Uterus retroflektirt im Ring, Adnexe ebenfalls fixirt. Massage.

Fall 51. Frau Birkholz, 30 Jahre alt, hat 1 mal normal geboren, 1 mal abortirt. Sie war wegen Endometritis und Retroflexio uteri fixata behandelt worden und trug einen Ring. Am 12. 12. lag der Uterus retrovertirt im Ring, es wurde deshalb Pat. die Vaginofixation vorgeschlagen und am 9. 1. 92 auch ausgeführt. Das rechte Ovarium wurde in Narkose aus Fixationen gelöst. Im linken Ligamentum latum zog ein Strang zur Spina ischii. Drei provisorische und 3 definitive Nähte. Am 6. 2. lag der Uterus gut antevertirt, Pat. hatte gar keine Beschwerden mehr, die Menstruation trat nach der Operation zur richtigen Zeit und mit gewöhnlicher Stärke ein. Am 5. 3. 92 lag der Uterus stark anteflektirt, der Fundus etwas nach rechts geneigt.

1. 6. Uterus stark vergrössert, anteflektirt. Pat. hat keine Beschwerden. Entfernung von 2 Suturen.

25. 10. 93. Pat. hatte seit der Operation keine Beschwerden, die Menstruation war regelmässig.

Uterus anteflektirt und etwas nach rechts geneigt, Cervix hypertrophisch, wird durch Stränge nach links gezogen.

Beobachtungsdauer: 22 Monate.

Fall 52. Frau Sonnemann, 30 Jahre alt, hat 2 mal normal geboren. 20. 7. 1891 erhielt sie wegen Retroflexio uteri gravidi nach der

Reposition des Uterus einen Ring. Es erfolgte Abort. Patientin wurde weiter mit Ringen behandelt, doch lag der Uterus nur im Thomasring anteflektirt. Die Narkosenuntersuchung ergab zahlreiche linksseitige Stränge, von denen einer zur Spina ischii zog.

Am 9. 1. 92 wurde die Vaginofixation (3 provis. Nähte) gemacht. Am 14. 1. fieberte Pat. (38,6°) und hatte krampfartige Schmerzen im Unterleib. Am 19. 1. hatte sie keine Beschwerden mehr, der Uterus lag gut anteflektirt. Am 3. 2. klagte Pat. über geringe, zeitweise auftretende Schmerzen in der linken Seite und über Urindrang. Am 3. 3. 92 hatte sie keine Schmerzen mehr, der Urindrang hatte nachgelassen, der Uterus lag gut anteflektirt.

21. 5. 92. Pat. klagt jetzt wieder über Drängen nach unten. Uterus retrovertirt. Repositio, Ring. 30. 5. Uterus retrovertirt im Ring. Zweite Vaginofixation vorgeschlagen.

15. 6. 92. Stechen und Drängen beim Urinlassen.

10. 3. 93. Entfernung von Blasensteinen durch Herrn Collegen Posner.

8. 5. 93. Pat. hat keine Beschwerden. Uterus steht aufrecht im Ring. Derber linksseitiger Strang.

Beobachtungsdauer: 16 Monate.

Fall 53. Frau Mitschein, 40 Jahre alt, hat 2 mal geboren, zuletzt vor 13 Jahren. Sie kam am 10. 12. 92 in die Poliklinik mit Klagen über Schmerzen im Unterleib und Ausfluss. Die Untersuchung ergab eine Retroversio uteri, einen linksseitigen Cervixriss, die Portio war durch Narbenstränge nach hinten gezogen. Es wurde Pat. die Vaginofixation vorgeschlagen und am 11. 1. 92 ausgeführt. Zugleich wurde der linksseitige Cervixriss angefrischt und durch 3 Seidennähte geschlossen. Am 20. 1. lag der Uterus gut anteflektirt, die Wunde war ziemlich geheilt, Pat. hatte keine Beschwerden mehr. Am 30. 1. war die Wunde vollständig geheilt; am 6. 2. lag der Uterus gut anteflektirt, Pat. hatte im Unterleib keine Beschwerden, klagte aber über Brennen in der linken Seite, das von der inneren Klinik auf Pleuraaffection zurückgeführt wird.

17. 3. 92. Uterus anteflektirt.

17. 6. 92. Uterus normal anteflektirt, seitens des Unterleibs keine Beschwerden.

30. 10. 93. Pat. hat keine Beschwerden. Nur bei schwerem Heben bekommt sie Schmerzen in der linken Seite. Eine weitere Behandlung hält sie für unnöthig. Der Uterus liegt in normaler Anteversio-flexio, ist hart, etwas vergrössert, nach links hinten perimetritische Stränge, linkes Ovarium vergrössert, rechtes nach hinten rechts fixirt. Der Muttermund bildet eine kleine Querspalte.

Beobachtungsdauer: 21½ Monate.

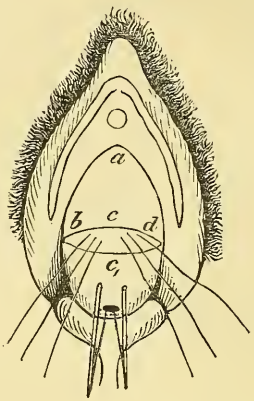
Fall 54. Frau K., 32 Jahre, 5 Geburten, seit 3 Jahren Schmerzen in der rechten Seite, Drängen nach unten, ebenso lange Ringbehandlung.

Diagnose: Prolaps der vorderen Vaginalwand, Retroflexio uteri. 12. 1. 1892 Vaginofixation.

Es wird zunächst in der gewöhnlichen Weise das vordere Scheidengewölbe eröffnet, in den entstandenen Wundspalt b c d c, (Fig. 1) der Fundus uteri mit 3 provisor. Nähten heruntergezogen und darauf aus der vorderen Vaginalwand das dreieckige Schleimhautstück a b c d

excidirt. Nunmehr wird der Scheidenrest bei a von innen her mit 3 Seidenligaturen gefasst, welche zugleich durch den Fundus uteri durchgelegt werden, und die 3 Fäden nach Zurückschieben der in den

Fig. 1.



Raum a b c, d (Fig. 1) freiliegenden Blase geknotet. Zum Schluss wird der obere Wundrand b a d mit dem unteren Wundrand b c, d so vereinigt, dass Punkt a an den Punkt c, herankommt.

Nach der 20 Minuten dauernden Operation lag der Uterus gut anteflektirt und die vorher prolabirte Vaginalwand in der Vagina.

19. 1. 92. Pat. hat keine Beschwerden, Uterus anteflektirt, vordere Vaginalwand kurz, Wunde in Heilung begriffen.

20. 2. 92. Ihre früheren Kreuzschmerzen hat die Pat. ganz verloren. Es besteht eine Fistel in der sonst vernarbten Wunde.

5. 3. 92. Uterus klein, gut anteflektirt.

24. 5. 92. Uterus anteflektirt. Entfernung zweier Seidensuturen aus der Fistel.

1. 6. 92. Manchmal Stiche in der linken Seite, kein Drängen nach unten mehr. Uterus anteflektirt.

25. 8. 92. Uterus anteflektirt, beweglich.

Fall 55. Frau Höche ist seit der einzigen Geburt vor 3 Jahren unterleibskrank. Sie wurde vom April 1891 ab in der Poliklinik wegen Retroflexio uteri mit Pessarien behandelt, in denen der Uterus stets retroflectirt lag. Am 12. 1. 1892 wurde die Vaginofixation gemacht (Operateur Dr. Schäfer). Vor der Operation wurden zahlreiche perimetritische Stränge gedehnt und das rechte Ovarium aus solchen Strängen gelöst. Drei provisorische Nähte und durch den linken Wundwinkel ein Seidenfaden, da der Catgutfaden durchriss. Pat. hatte in den ersten 3 Tagen nach der Operation Kreuzschmerzen. Am 19. 1. hatte sie noch Schmerzen beim Schluss des Urinlassens und Druck auf die Blase; der Uterus lag gut anteflectirt. Am 26. 1. hatte Pat. bereits keine Beschwerden mehr. Am 8. 2. 92 klagte Patientin über ab und zu auftretende Schmerzen im Introitus, der stark geröthet war. Es

wurden ihr dagegen Chlorzinkausspülungen verordnet. Uterus lag gut anteflectirt.

13. 1. 1893. Pat. klagt über Drängen nach unten, Schmerzen im Leib und bei der Cohabitation. Menstruation in 3wöchentlichem Intervall, 8tägig, sehr stark. Fluor.

Am Introitus zahlreiche linsengrosse Geschwüre. Uterus retrovertirt, vergrössert, durch empfindliche perimetritische Stränge nach hinten fixirt.

Bis 17. 3. 93 Behandlung der Ulcera mit einer Zwischenpause von 3 Wochen.

Beobachtungsdauer: 14 Monate.

Fall 56. Frau Jühling hat einmal 1889 geboren und erkrankte danach an Kindbettfieber, wegen dessen sie 6 Wochen, darunter 2 Wochen in der Charité, lag. Seitdem leidet Pat. an Gebärmutterknickung mit hartnäckiger Obstipation. Die Obstipation hat sich weder durch 7wöchentliche Massage (Dr. Nagel), noch durch das 3jährige Tragen von Ringen gebessert.

Am 13. 1. 1892 wurde die Vaginofixation gemacht. Drei provisorische Nähte. Am 6. 2. lag der Uterus gut anteflectirt, die Wunde granulirte noch in der Mitte. Patientin hatte keine Schmerzen mehr, aber noch keinen spontanen Stuhlgang. Am 13. 2. 92 war die Wunde geheilt, der Uterus lag gut anteflectirt, der Stuhlgang war leichter, als vor der Operation. Am 29. 2. 92 hatte Pat. ausser geringem Ausfluss, der auf einfache Colpitis zurückzuführen war, gar keine Beschwerden; der Stuhlgang war ganz leicht, Uterus lag gut anteflectirt.

16. 6. 92. Keine Beschwerden. Uterus stark anteflectirt. Endometritis. Chlorzinkätzung.

28. 11. 1893. Pat. fühlt sich ganz wohl und ist stärker geworden. Menstruation regelmässig in 4wöchentlichem Zwischenraum, 4—5tägig. Die Obstipation ist verschwunden. Die Fäden sind einige Zeit nach der Operation entfernt worden.

Uterus ausgezeichnet anteflectirt, klein, beweglich, nach rechts hinten perimetritische Stränge, mit denen das Ovarium zusammenhängt. Linkes Ovarium beweglich.

Beobachtungsdauer: $22\frac{1}{2}$ Monate.

Fall 57. Frau Polken wurde seit 28. 4. 1890 wegen Retroflexio uteri mit Pessarien behandelt. Am 23. 11. 1891 entschloss sie sich zur Vaginofixation und am 13. 1. 1893 wurde dieselbe ausgeführt (4 provisorische Nähte), Dauer $^1/_4$ Stunde. Vor der Operation wurden die hinteren perimetritischen Verwachsungen des Uterus gedehnt. Das linke Ovarium wurde von der verdickten Douglas'schen Falte gelöst. In den ersten Tagen nach der Operation hatte Patientin brennende Schmerzen im Becken; vom 19. 1. hörten dieselben jedoch auf. Der Uterus lag gut anteflectirt. Am 5. 2. gab Patientin an, dass vor einigen Tagen zweimal beim Urinlassen Blutklumpen abgegangen wären. Am 22. 2. 92 lag der Uterus in der Beckenachse, Patientin hatte jedoch keine Beschwerden mehr. Am 7. 3. 92 lag der Uterus retroponirt, aber anteflectirt; Patientin hatte keine Beschwerden.

30. 5. 92. Ab und zu Ziehen in der rechten Seite, Schmerzen um den Nabel; doch fühlt sich Pat. weit wohler, als vor der Operation. Uterus retroponirt, aber anteflectirt. Ringbehandlung zur Dehnung der hinteren Fixationen.

13. 6. 92. Uterus gut anteflectirt, rechtes Ovarium in Schwarten eingebettet, empfindlich.

Fall 58. Frau Dummröse war im Herbst 1890 wegen eines Vorfalls in der Charité operirt worden. Am 10. 2. 1891 kam sie in die Poliklinik mit Klagen über profuse Menstruation und Schmerzen im Kreuz. Die Untersuchung ergab eine Retroflexio uteri, wegen deren sie bis December 1891 mit Pessarien behandelt wurde. Der Uterus hatte jedoch trotzdem die Neigung, immer wieder zurückzufallen und lag nie ganz gut im Ring. Am 14. 1. 1892 wurde die Vaginofixation gemacht (4 provisorische Nähte). Die Operation war etwas schwieriger, weil der durch eine Kolporrhaphia post. rigide gewordene Damm sich mittelst des Speculums schwer nach unten ziehen liess. Das Gewebe zwischen Blase und Uterus war von eigenthümlich körnig-zerreiblicher Beschaffenheit. Am 29. 1. lag der Uterus gut anteflectirt, Patientin klagte über zeitweise Incontinentia urinae. Am 6. 2. 92 hatte die Incontinenz bereits aufgehört, die Wunde war geheilt, der Uterus lag anteflectirt in der Beckenachse. Am 3. 3. 92 klagte Pat. wieder über etwas Kreuzschmerzen, der Uterus lag etwas hinter der Beckenachse.

24. 5. 92. Entfernung einer definitiven Sutur.

30. 5. 92. Uterus dicht hinter der Symphyse in der Beckenachse. Pat. klagt über Menorrhagie und Verstopfung. Chlorzinkätzungen in Aussicht genommen. 10. 6. Stat. id.: Entfernung einer Sutur.

8. 9. 92. Uterus stark vergrössert, retrovertirt, durch Stränge nach hinten gezogen. Chlorzinkätzung.

27. 10. 1893. Pat. klagt nur über Magenschmerzen, trägt seit Juni 1893 einen Ring.

Uterus liegt im Ring retrovertirt, ist mit dem linken Ovarium verwachsen, schwer reponibel, sinkt sofort in Retroversion zurück.

Statt des Gummiringes wird ein Celluloidring eingelegt, in dem aber der Uterus von vornherein retrovertirt liegt.

20. 1. 1894. Seit einigen Tagen allgemeine Hitze, Leib- und Kreuzschmerzen. Uterus gut anteflectirt im Ring.

Recidiv nach 8 Monaten.

Beobachtungsdauer: 2 Jahre.

Fall 59. Frau Giebel wurde seit 12. 5. 1890 wegen Retroflexio uteri fixata zuerst massirt und seit October 1890 mit Pessarien behandelt; der Uterus blieb jedoch nach Herausnahme des Ringes und künstlicher Retroversion stets in Retroversionsstellung liegen. Am 15. 1. 1892 wurde die Vaginofixation gemacht (3 provisorische Nähte), in die Scheidenwunde wurde zur Blutstillung ausser der Catgutnaht eine Seidenknopfnaht eingelegt. Am 1. 2. 92 klagte Patientin noch über häufigen Drang zum Urinlassen. Der Uterus lag gut anteflectirt, der Seidenfaden wurde entfernt. Am 16. 2. 92 lag der Uterus gut anteflectirt, die Blasenbeschwerden waren verschwunden, die sichtbaren drei definitiven Nähte wurden entfernt. Am 5. 3. 92 klagte Pat. noch über ab und zu auftretende Stiche in der linken Seite.

8. 6. 92. Pat. hat keine Beschwerden. Uterus liegt ausgezeichnet anteflectirt.

Fall 60. Frau Trauer hat am 5. 2. 1891 normal geboren. Sie wurde seit 25. 5. 91. wegen Retroflexio uteri behandelt und trug einen Ring. Der Uterus lag jedoch immer dextrovertirt im Ring. Am

15. 1. 92 Vaginofixation (3 provisorische Nähte). Ein Seidenfaden wurde durch die ganze Vaginalwand gelegt. Am 26. 1. 92 trat die Menstruation etwas früher als gewöhnlich, ein; die Wunde war geheilt, der Uterus lag gut anteflektirt. Am 10. 2. 92 klagte Patientin wieder über ab und zu auftretende Kreuzschmerzen. Der Uterus lag gut anteflektirt, bei der Untersuchung kam ein Seidenfaden heraus, ein zweiter wurde mit der Pincette entfernt. Am 4. 3. 92 lag der Uterus stark dextrovertirt, die früheren Beschwerden der Pat., Blutungen und Kreuzschmerzen, sind gänzlich verschwunden.

23. 5. 92. Keine Beschwerden. Uterus anteflektirt, Fundus nach rechts geneigt.

Fall 61. Frau Bauer hat 4 Mal geboren, zuletzt vor 7 Jahren. Sie wurde seit 7 Jahren wegen Retroversio uteri mit Pessarien behandelt. Am 16. 1. 92 Vaginofixation, wobei massenhafte Stränge nach rechts und links hinten vom Uterus gedehnt wurden. Ovarien frei beweglich. 20. 2. Entfernung zweier Fäden. Nachdem Pat. während der ersten 4 Wochen nach der Operation noch Kreuzschmerzen hatte, waren dieselben am 5. 3. 92 verschwunden, wo Pat. erklärte, sich vollständig frei von allen Beschwerden zu fühlen; der Uterus lag gut anteflektirt.

9. 5. Uterus anteflektirt, vergrössert, hintere Stränge empfindlich, rechtes Ovarium fixirt und schmerzhaft.

24. 5. (Mittheilung des Herrn Collegen Bröse.) Pat. klagt über Kreuzschmerzen und Schmerzen in der rechten Seite. Letzte Periode: 1. Mai.

Uterus liegt normal anteflektirt. Rechtes Ovarium und Tube empfindlich. Etwas schleimig-eitriger Fluor,

Vom 25. 5. bis 4. 6. Massage, welche die Beschwerden beseitigt.

22. 7. (Dr. Bröse.) Uterus dem 3.—4. Monat entsprechend vergrössert.

31. 10. 93. Pat. hat weiterhin in der Schwangerschaft keine Beschwerden gehabt und am 3. 2. 93 spontan und rasch ein lebendes Kind geboren. Genährt hat sie nicht. Menstruation in vierwöchentlichem Zwischenraum, 4—5tägig, stärker wie vor der Operation. Seit 4 Wochen Kreuzschmerzen und Schmerzen in der rechten Seite, was Pat. auf das viele Tragen des Kindes schiebt.

Uterus retroflektirt, stark vergrössert, reponibel, linkes Ovarium beweglich, rechtes Ovarium in Stränge eingebettet, die vom Uterus nach der rechten Beckenwand ziehen. Ring eingelegt.

8. 11. 93. Die Schmerzen sind verschwunden. Uterus retrovertirt. Repositio, Thomasring.

12. 12. 93. Keine Beschwerden. Uterus in normaler Anteversioflexio. Ringwechsel.

2. 1. 94. Seit dem letzten Ringwechsel hat Pat. starke Schmerzen im Leib, namentlich beim Bücken. Uterus hat sich verkleinert, kehrt nach künstlicher Retroversion in Anteflexion zurück.

Beobachtungsdauer: 2 Jahre.

Fall 62. Fräulein Setzkorn wurde seit dem 10. 11. 90 wegen Retroflexio uteri mit Pessarien behandelt. Am 16. 1. 92 wurde die Vaginofixation gemacht (3 provisorische Nähte). Stränge zu beiden Spinae ischii wurden gedehnt. Das linke Ovarium war ziemlich stark ver-

grössert, beide Ovarien beweglich. Die vordere Lippe fehlt ganz. Am 29. 1. 92 war die Wunde geheilt, der Uterus lag gut antevertirt, im linken Ligament war ein empfindlicher Strang zu fühlen. Pat. klagte über Schmerzen beim Urinlassen und zeitweilige Incontinentia urinae. Es wurde eine Cystitis constatirt, wegen deren Pat. vom 3. 2. 92 bis 27. 2. 92 mit Blasenausspülungen behandelt wurde, jedoch ohne Erfolg. Pat. wurde deshalb in eine Klinik für Blasenleiden geschickt (Zülzer). Dort wurde kystoskopisch festgestellt, dass kein Faden in der Blase lag.

8. 3. Uterus anteflektirt.

19. 4. 92. Uterus anteflektirt. Urin trübe und sauer. Blasenausspülung.

Fall 63. Frau Rosenberg, 35 Jahre alt, 7 para, wurde seit 1½ Jahren wegen Retroflexio uteri behandelt und trug einen Ring. Am 9. 1. 1892 lag der Uterus nach Herausnahme des Ringes retrovertirt. Es wurde deshalb am 18. 1. 92 die Vaginofixation gemacht (3 provisorische Nähte). Am 26. 1. 92 klagte Pat. noch über Schmerzen in der linken Seite, die Wunde war in bester Heilung begriffen, der Uterus gut anteflektirt. Bei Druck mit dem Speculum kam aus einem Fadenloch in der Mitte der Wunde ein Eitertropfen heraus. Am 28. 1. liess sich noch ein Tropfen herausdrücken. Am 25. 2. 92 lag der Uterus gut anteflektirt, Pat. hatte keine Beschwerden. Ein Faden wurde durch Zug entfernt, einen andern hatte Pat. von selbst verloren. Am 5. 3. 92 lag der Uterus ausgezeichnet, Pat. fühlte sich vollkommen wohl.

10. 5. Letzte Menstruation hätte am 1. 5. auftreten sollen. Uterus anteflektirt, wenig vergrössert.

27. 10. 93. Pat. hat nach der Operation keine Beschwerden gehabt und am 17. 1. 93 normal geboren. Sie nährte das Kind drei Wochen. Menstruation in 3½wöchentlichem Intervall, 8tägig, aber nicht so stark wie früher. Uterus gross, retrovertirt.

Beobachtungsdauer: 21 Monate.

Fall 64. Frau Wurst, 26 Jahre alt, hat 1 mal (1887) geboren und ist seitdem krank. Sie kam am 25. 4. 91 in die Poliklinik mit Klagen über Schmerzen in der rechten Seite, im Kreuz, besonders während der Menstruation, und über Ausfluss. Die Untersuchung ergab eine Retroflexio uteri fixata mit Perimetritis posterior. Pat. wurde zunächst mit Chlorzinkätzungen und heissen Ausspülungen behandelt, je doch ohne Erfolg. Am 12. 11. 91 wurden in Narkose die Verwachsungen gelöst und gedehnt, darauf curettirt und ein Pessar eingelegt. Bei den folgenden Untersuchungen lag der Uterus stets retrovertirt im Ring, die Beschwerden der Pat. hatten zwar abgenommen, waren aber noch nicht völlig gehoben.

Am 19. 1. 92 wurde die Vaginofixation gemacht (3 provisorische Nähte). Neben der Catgutnaht wurde noch eine Seidenknopfnaht eingelegt. Am 22. 1. 92 trat Fieber ein (39,2 °), heftige Unterleibsschmerzen und übelriechender Ausfluss. Am 23. 1. 92 fiel jedoch das Fieber schon herab. Am 6. 2. 92 hatte Pat. noch geringe Schmerzen im Kreuz und in der rechten Seite. Uterus war klein, anteflektirt, die Wunde geheilt. Am 20. 2. war der Uterus anteflektirt, Pat. klagte über Incontinentia urinae. Zwei definitive Nähte wurden entfernt. Am 29. 2. 92 lag der Uterus gut anteflektirt, die dritte definitive Naht wurde entfernt; Pat. konnte den Urin schon besser halten.

23. 5. Uterus wenig antevertirt, nach links geneigt. Pat. klagt über Schmerzen in der linken Seite, die von dem sehr druckempfindlichen Ovarium ausgehen.

30. 5. Celluloidring eingelegt wegen Retroflexio. 12. 10. 92 Ring entfernt.

6. 11. 93. Pat hat augenblicklich keine Beschwerden. Menstruation wie vor der Operation, tritt alle 24 Tage ein.

Uterus vergrössert, retrovertirt, durch sehr empfindliche Stränge im Douglas fixirt.

29. 1. 94. Pat. klagt über furchtbare Kreuzschmerzen und unheimliche Leibschmerzen. Menstruation, die am 10. 1. hätte eintreten müssen, stellte sich nicht ein. Uterus anteflektirt, dabei sinistrovertirt, vergrössert, hart. Das rechte Ovarium ist fixirt und empfindlich. Links hinter dem Uterus ebenfalls perimetritische empfindliche Resistenzen. Graviditas?

Anm. b. d. Corr.: Am 13. 8. 94 theilt mir Pat. brieflich mit, dass sie wegen stündlich bevorstehender Geburt nicht zu mir kommen könne.

Beobachtungsdauer: 31 Monate.

Fall 65. Fräul. Broms, 34 Jahre alt, Opara, hatte seit längerer Zeit Schmerzen im Unterleib, beim Laufen Kreuzschmerzen und Stuhlbeschwerden; die Periode hielt 8 Tage an, war schmerzhaft und mit starkem Blutverlust verbunden. Die Untersuchung ergab eine Retroversio uteri und Fixation des rechten Ovariums. Am 20. 1. 92 Vaginofixation, wobei das rechte Ovarium aus den Fixationen gelöst wurde. Am 22. 2. 92 war Pat. frei von allen Beschwerden und der Uterus lag gut anteflektirt.

Fall 66. Frau Peters, 37 Jahre alt, hat 4 mal geboren, 2 mal abortirt. Sie kam im Juni 1891 in die Poliklinik mit Klagen über Schmerzen in der linken Seite, wo sie eine Geschwulst zu fühlen glaubte. Pat. hatte schon 2 Jahre lang einen Ring getragen. Der Uterus lag retroflektirt und war nach hinten durch empfindliche Stränge fixirt. Pat. wurde zunächst mit Jodtinctur behandelt und bekam ein Thomaspessar. Bei den folgenden Untersuchungen lag der Uterus retroflektirt im Ring. Am 21. 1. 92 Vaginofixation (2 provisorische Nähte). Uterus und beide Ovarien mussten erst aus zahlreichen perimetritischen Verwachsungen gelöst werden, so dass der Erfolg der Operation von vornherein zweifelhaft erschien. Am 4. 2. 92 lag der Uterus wenig antevertirt, aber anteflektirt. Die Menstruation war wie sonst dagewesen. Pat. klagte über Drängen nach unten und Brennen. Am 7. 3. klagte sie über Schmerzen im After und Leib beim Hinsetzen. Der Uterus lag retrovertirt, die Portio war stark hypertrophisch, so dass die hintere Vaginalwand beim Hinsetzen gegen dieselbe drückte.

28. 5. Entfernung der 3 definitiven Nähte.

1. 6. Uterus stark vergrössert, retroflektirt. Ring.

1. 12. 93. Pat. hat ab und zu bei Anstrengungen Schmerzen in der linken Seite, fortwährende Kopfschmerzen, Nervosität, Aufgeregtheit. Menstruation ohne Schmerzen, etwas stärker als normal, in 4wöchentlichem Intervall, 6tägig. Hin und wieder Fluor.

Bezüglich der Anamnese ist nachzutragen, dass Pat. ihr Leiden schon 13 Jahre, seit der ersten Geburt, hat. Sie hat fast 11 Jahre lang einen Ring getragen. Letzte Geburt vor 7 Jahren.

Uterus im Ring anteflektirt mit etwas nach links geneigtem Fundus, vergrössert, hart, beweglich. Ectropium.

Ringwechsel.
Beobachtungsdauer; 22½ Monate. Recidiv nach 6 Wochen.

Fall 67. Frau Goede, die früher 3 mal normal geboren, kam am 12. 6. 1891 wegen eines Aborts in die Poliklinik und wurde curettirt. Am 18. 6. 91 lag der Uterus retroflektirt. Pat. trug zuerst ein Hodge-, dann ein Thomaspessar, der Uterus lag jedoch immer im Ring retroflektirt. Am 22. 1. 92 Vaginofixation (3 Nähte). Am 1. 2. 92 klagte Pat. über Drang und Schmerzen beim Urinlassen, die Wunde war in Heilung begriffen, der Uterus antevertirt. Am 17. 2. 92 hatte Pat. gar keine Beschwerden mehr, der Uterus lag gut anteflektirt.

Fall 68. Frau Rietz wurde seit Juli 1891 wegen Retroflexio uteri behandelt und trug einen Ring. Am 22. 1. 92 Vaginofixation (3 Nähte). Am 3. 2. 92 lag der Uterus anteflektirt, die Wunde war in Heilung begriffen, Pat. hatte keine Beschwerden. Am 7. 3. lag der Uterus in der Beckenaxe, wenig antevertirt, aber anteflektirt. Pat. fühlte sich bedeutend wohler als vor der Operation, hatte nur noch ab und zu brennenden Schmerz im Unterleib. 30. 5. Selten Stechen beim Urinlassen. Patientin fühlt sich sehr wohl. Uterus liegt gut anteflektirt. 29. 11. 92. Uterus vergrössert, anteflektirt.

Fall 69. Frau Moser, 31 Jahre alt, hat 1 mal geboren (Perforation wegen rachitisch platten Beckens). Sie kam am 2. 12. 1891 in die Poliklinik wegen Kreuzschmerzen; sie trug schon seit einem halben Jahre wegen Retroflexio uteri einen Ring; der Uterus wurde durch einen Strang nach links gezogen. Am 23. 1. 92 Vaginofixation. Pat. hatte im Anfang nach der Operation keine Beschwerden, ausser Drang zum Uriniren. Später (am 26. 2. 92) hatte Pat. Schmerzen in der rechten Nierengegend, die aber auf ein früher vorhandenes Nierenleiden der Pat. zurückzuführen sind. Am 1. 3. 92 wurde der Urin untersucht. Er war klar, sauer und enthielt kein Albumen. Der Uterus lag gut anteflektirt, war ziemlich gross.

22. 12. 92. Sehr starker Harndrang. Entfernung eines Fadens aus der Blase (Posner).

28. 10. 93. Pat. hat nur hin und wieder Schmerzen in der linken Seite. Menstruation ist etwas schwächer wie vor der Operation, in vierwöchentlichem Zwischenraum, 2tägig. Keine Blasenstörungen.

Uterus in normaler Anteversio-flexio, beweglich, gegen früher bedeutend verkleinert; linkes Ovarium vergrössert, etwas fixirt.

17. 1. 94. Keine Blasen- und Unterleibsbeschwerden. Menstruation in 3wöchentlichem Intervall, 2—3tägig. Uterus in normaler Lage.

Beobachtungsdauer: 2 Jahre.

Fall 70. Fräulein Jäger, eine 18jährige Virgo intacta, kam am 2. 5. 1891 wegen Kreuz- und Leibschmerzen in die Poliklinik. Der Uterus war retroflektirt und reponibel. Am 23. 1. Vaginofixation. Vorher wurde der Uterus und das rechte Ovarium aus Verwachsungen gelöst. In der ersten Zeit nach der Operation lag der Uterus anteflektirt, Pat. fühlte sich wohl. Die Menstruation trat 3 Tage nach der Operation etwas stärker als gewöhnlich ein. Am 7. 3. lag der Uterus retrovertirt und etwas nach rechts, Pat. hatte jedoch keine Beschwerden.

10. 6. Der Uterus liegt antevertirt in Retroversionsstellung. Pat. klagt nur über Kreuzschmerzen. Eisen.

4. 11. 93. Pat. klagt nur über Obstipation und manchmal vor dem Unwohlsein (bis 4 Tage vorher) eintretende Schmerzen. Die Menstruation, welche früher 2wöchentlich bei 8tägiger Dauer auftrat, hält jetzt bei 3wöchentlichem Intervall nur 6 Tage an. Pat. fühlt sich bedeutend wohler als vor der Operation.

Uterus stark anteflektirt, vergrössert, durch einen perimetritischen Strang nach rechts hinten gezogen. Aeusserer Muttermund eng, der innere noch mehr, bietet der 4-mm-Sonde ein ganz bedeutendes Hinderniss. Uterus 8½ cm lang. Dilatation in Aussicht genommen.

20. und 24. 11. Zweimalige Elektrolyse (35 Milliampère).

18. 1. 94. Letzte Menstruation trat erst nach 4wöchentl. Pause mit geringeren prämenstruellen Schmerzen auf und dauerte nur 4 Tage. Elektrolyse.

22. 1. 94. Dito.

1. 2. 94. Letzte Menstruation trat nach 3½ Wochen ein, war viertägig, schwach, ohne Schmerzen. Pat. fühlt sich völlig wohl. Uterus stark anteflektirt, liegt mehr in der Beckenaxe, die Sonde passirt den inneren Muttermund, ohne dass der Uterus fixirt wurde. Elektrolyse.

Beobachtungsdauer: 2 Jahre.

Fall 71. Frau Peter, 36jährige, IIpara, wurde seit 6. 10. 1890 wegen Retroversio uteri behandelt und trug einen Ring. Der Uterus war durch massenhafte perimetritische Stränge nach rechts hinten gezogen. Am 25. 1. 92 Vaginofixation.

7. 3. Uterus gut anteflektirt; Pat. hat keine Beschwerden.

13. 10. Klagt über Ausfluss: Jodplayfair.

11. 12. 93. Pat. hat, was bezüglich der Anamnese noch nachzutragen ist, zuletzt 1885 geboren. Ihr Leiden datirt sie von einem schweren, 1887 passirten Fall. Seitdem hat sie Vorfallsbeschwerden, Obstipation bis zu 8 Tagen, Magenschmerzen. Durch die Operation sind die schrecklichen Magenschmerzen ganz verschwunden, das Drängen nach unten hat sich seit einem Vierteljahr wieder eingestellt. Die Menstruation tritt wie vor der Operation in 3½wöchentlichem Zwischenraum ein, dauert aber jetzt 6 Tage (früher nur 3). Pat. fühlt sich somit, obgleich sie keinen Ring trägt, wohler als vor der Operation.

Uterus vergrössert, retroflektirt, durch Stränge nach rechts hinten gezogen, hart. Linkes Ovarium vergrössert und gesenkt.

Beobachtungsdauer: 23 Monate.

Fall 72. Frau Lauffs, 39jähr. IIpara., wurde seit 11. 2. 1890 wegen Retroflexio uteri behandelt. Sie trug zuerst einen Ring; da der Uterus jedoch durch denselben nicht in anteflektirter Lage zu erhalten war, wurde der Ring später weggelassen und heisse Ausspülungen verordnet. Vom August 91 bis Januar 92 trug Patientin wieder einen Ring, der Uterus lag gut in demselben. Am 26. 1. 92 Vaginofixation. In der ersten Zeit nach der Operation klagte Patientin über Schneiden beim Urinlassen, der Uterus lag gut anteflektirt. Am 5. 3. 92 lag der Uterus wenig anteflektirt, aber stark antevertirt. Die Beschwerden der Patientin waren bedeutend geringer, als vor der Operation. 24. 5. Entfernung der 3 definitiven Nähte.

3. 6. Uterus gut anteflektirt, etwas Fluor.

23. 8. 92. Graviditas mens. II. Uterus retroflektirt.

13. 11. 93. Pat. hat vor der Operation 6 Jahre lang einen Ring getragen, ohne dass das Brennen und Pressen im Leib, das Gefühl von Herausfallen der Theile gehoben wurde. Ihre jetzigen Beschwerden sind geringer, die Menstruation tritt in 3½wöchentlichem Intervall ein, dauert 2—3 Tage, ist etwas schwächer, wie vor der Operation. Im November 92, 10 Monate nach der Operation hat Pat. in Folge Falles vom Hängeboden einen Abort im 5. Monat erlitten und ist deswegen in der Poliklinik, Luisenstr. 51. ausgekratzt worden. In der Schwangerschaft hatte sie keine Beschwerden.

Uterus retroflektirt, vergrössert, nach rechts hinten fixirt, nicht reponibel.

Beobachtungsdauer: 21½ Monate.

Fall 73. Frau Scholle, 38 Jahre alt, hat 1 Mal geboren, 2 Mal abortirt. Seit Februar 1891 (in Folge eines Traumas?) Schmerzen im Unterleib und im Kreuz und besonders beim Hinsetzen ein Drängen nach unten. Der Uterus lag retroflektirt und war nach rechts und links hinten durch Stränge fixirt. Vom April 1891 an wurde Patientin mit Pessarien behandelt. Da aber Pat. nach wie vor dieselben Schmerzen hatte und in Folge des Pessars im Anfang auch noch ein Druckgefühl gegen die Symphyse, so wurde am 28. 1. 92 die Vaginofixation gemacht. Am 6. 2. waren die Schmerzen im Kreuz und in der linken Seite geringer geworden; am 15. 2. hatte Pat. nur noch geringe Schmerzen in der linken Seite; am 5. 3. 92 klagte Pat., seit 1. 3., wo die Periode eintrat, Schmerzen beim Hinsetzen zu haben (wahrscheinlich durch die voluminöse Portio bedingt); der Uterus lag gut anteflektirt.

30. 5. Uterus retrovertirt, gross, hart, bleibt nach der Reposition in Anteflexion. Ring eingelegt, der bis Januar 93 getragen wurde.

1. 4. 93 Ringwechsel.

24. 4. Klagt über fortwährende Schmerzen im Leib. Keine Ursache nachweisbar. Ring fortgelassen.

15. 6. 93. Uterus liegt sinistro-retroflektirt. Repositio. Ring.

22. 6. 93. Befund von Dr. Posner: Kein Stein zu finden, Blasenschleimhaut nicht nennenswerth verändert.

Beobachtungsdauer: 17 Monate.

Fall 74. Frau Eberth, eine 28jährige, Op., kam am 27. 1. 91 in die Poliklinik und klagte, seit einigen Monaten ziehende Schmerzen im Unterleib und starken Ausfluss zu haben. Der Uterus lag retroflektirt, und es bestand eine chronische Perimetritis, wegen welcher Patientin mit Jodtinctur und Massage bis 15. 5. 91 behandelt wurde.

Seitdem trug Patientin ein Pessar. Da der Uterus seit dem 17. 11. 91 in demselben sinistrovertirt lag, wurde am 28. 1. 92 nach Lösung des Uterus aus Verwachsungen die Vaginofixation gemacht. Am 8. 2. lag der Uterus gut anteflektirt, Patientin hatte keine Beschwerden Der Periode, welche kurz nach der Operation eintrat, waren Schmerzen vorausgegangen.

9. 4. Uterus anteflektirt, Pat. hat keine Beschwerden ausser etwas Fluor. Chlorzink.

27. 10. 93. Ausfluss ist derselbe wie vor der Operation.

Uterus retroflektirt. Fundus durch straffe Stränge nach links gezogen, die mit dem Ovarium zusammenhängen und den Uterus sofort nach gelungener Reposition wieder in Retroflexion ziehen.

23. 11. 93. Die Untersuchung in Narkose ergiebt Verwachsungen zwischen den beiden vergrösserten Ovarien und dem Uterus. Dieser lässt sich zwar reponiren, wird aber durch die perimetritischen Stränge sofort wieder in die fehlerhafte Lage zurückgeschnellt.

Vaginale Laparotomie. Nach dem Curettement wird das vordere Scheidengewölbe quer geöffnet und die ca. 5 cm hohe Narbenmasse theils mit der Scheere, theils stumpf durchtrennt und stumpf auch die Plica vesicouterina mit dem Finger durchstossen. Darauf wird die Sonde in den Uterus eingeführt, zwei provisorische Nähte durch die Corpuswand durchgelegt und an ihnen, nach Entfernung der Sonde, der die Portio fixirenden Kugelzangen und des Spiegels, der Fundus uteri in das Scheidengewölbe herab- und mit Hülfe von zwei höher eingesetzten Kugelzangen durch die Wunde vor die Vulva gezogen, so dass die hintere Uteruswand, linke Tube und Ovarium sichtbar werden. Es werden nun eine Reihe von perimetritischen zarten Strängen zwischen hinterer Uteruswand, Tube und Ovarium theils mit dem Finger, theils auf der Hohlsonde mit dem Pacquelin durchtrennt. In derselben Weise werden die analogen perimetritischen Stränge an den rechten Adnexen beseitigt und eine kleine Blutung zwischen Ovarium und Fimbria ovarica durch eine Seidensutur gestillt. Es folgt die Durchlegung dreier Silkwormnähte durch vordere Vaginalwand und Fundus uteri und die etwas schwierige Reposition der Adnexe, sowie des Corpus uteri durch die Oeffnung im vorderen Scheidengewölbe, worauf die drei Silkwormnähte geknotet werden, die Portio wieder mit einem Spiegel eingestellt, mit einer Kugelzange fixirt, und die Scheidenwunde durch einen fortlaufenden Catgutfaden zu einem sagittalen Wundspalt zusammengezogen wird.

Nach der Operation lag der Uterus ausgezeichnet antevertirt und anteflektirt. Der Operation wohnten als Zuschauer die Herren Livius Fürst (Berlin, früher Leipzig) und Engelmann (Kreuznach) bei.

Pat. wird nach völlig reactionslosem Verlauf nach 8 Tagen als geheilt entlassen.

9. 12. 93. Pat. klagt nur über häufigen Urindrang. Menstruation ist zur rechten Zeit eingetreten und war schwächer, wie früher. Fluor bedeutend geringer. Uterus stark anteflektirt.

20. 12. 93. Der Urindrang hat nachgelassen, es ist nur noch etwas Fluor vorhanden.

Uterus liegt in normaler Anteversio-flexio und ist beweglich. Linkes Ovarium ganz klein, beweglich, rechtes Ovarium nach rechts hinten etwas fixirt. Bei Druck auf dasselbe platzt eine erbsengrosse Cyste, so dass das Ovarium sich nur noch erbsengross anfühlt.

8. 1. 94. Menstruation sehr stark, vom 29. 12. 93 bis 9. 1. 94. Die früheren Kreuzschmerzen sind verschwunden. Entfernung der Fäden.

30. 3. 94. Pat. ist wegen stärkeren Ausflusses 2 Mal geätzt worden und hat darnach länger andauernde Blutungen bekommen.

Uterus und Adnexe werden ganz normal befunden. 16. 8. 94. St. id.

Beobachtungsdauer: 9 Monate.

Fall 75. Frau Kollihn, 30 Jahre alt, hat 5 Mal normal geboren, dann 7 Mal abortirt. Sie wurde seit 2 Jahren wegen Retroversio uteri mit Pessarien behandelt. Am 26. 5. 91 wurde Gravidität constatirt und am 28. 6. 91 abortirte sie. Darauf wurde sie weiter mit Pessarien behandelt bis zum 21. 12. 91. Am 29. 1. 92 Vaginofixation, wobei Stränge zur linken Spina ischii gedehnt wurden. Am 8. 2. 92 klagte

Patientin über stechende Schmerzen in der rechten Seite. Am 16. 2. und am 5. 3. 92 hatte Patientin keine Beschwerden mehr, der Uterus lag gut anteflektirt.

1. 6. Seit 14 Tagen ab und zu Schmerzen in der rechten Seite. Uterus gut anteflektirt.

26. 10. 93. Pat. klagt über Obstipation. Ist jetzt 3 Wochen wegen Blutungen in der Charité gewesen, die $^1/_4$ Jahr bestanden hatten. Menstruation für gewöhnlich 8tägig, stark.

Uterus vergrössert, in normaler Anteversio-flexio, beweglich, hart, Ovarien vergrössert, beweglich.

Beobachtungsdauer: 21 Monate.

Fall 76. Frau Schneider, 29 Jahre alt, IIp., hatte seit ihrer letzten Entbindung im October 1890 Kreuzschmerzen und Stechen im Mastdarm. Die Periode war eintägig. Am 20. 1. 92 Vaginofixation des retroflektirten und nach hinten fixirten Uterus. Patientin, die im Anfang nach der Operation noch Reissen im linken Oberschenkel hatte, fühlte sich nach einem Monat frei von allen Beschwerden; der Uterus lag sehr gut anteflektirt.

30. 5. Uterus gut anteflektirt, hin und wieder Kreuzschmerzen, aber geringer als vor der Operation. Entfernung der drei definitiven Nähte, die bei der Operation durch die ganze Vaginalwand gelegt waren.

7. 11. 92. Uterus stark anteflektirt, keine Beschwerden.

1. 11. 93. Pat. hat ab und zu Schmerzen in der linken Seite, doch geht es ihr besser, wie vor der Operation. Menses in 4wöchentlichem Zwischenraum, 1tägig, etwas stärker wie vor der Operation.

Uterus ausgezeichnet anteflektirt, Fundus etwas nach rechts geneigt; nach rechts hinten scharf gespannte perimetritische Stränge.

Beobachtungsdauer: 22 Monate.

Fall 77. Frau Büttner, 28 Jahre alt, IIIp. (zuletzt vor 2 Jahren Fehlgeburt), hatte im December 1891 grosse Schmerzen im Unterleib, die nach Einlegung eines Pessars wegen Retroflexio uteri fixata verschwanden. Da der Uterus am 18. 1. 92 retrovertirt im Ring lag, so wurde am 30. 1. die Vaginofixation gemacht, wobei der Uterus und das rechte Ovarium aus frischen Verklebungen gelöst wurden. Patientin hatte nach der Operation dauernd keine Beschwerden mehr, und der Uterus lag gut anteflektirt; es war am 3. 3. 92 nur noch etwas Endometritis vorhanden.

1. 6. 92. Die Menstruation ist im Februar noch einmal dagewesen. Pat. ist gravida im 3. Monat.

30. 10. 93. Pat. hat seit der Operation keine Beschwerden gehabt und im December 92 ein lebendes Kind geboren. Genährt hat sie nicht. Die Menstruation ist 3tägig in 3wöchentlichem Intervall. Uterus liegt retrovertirt.

Beobachtungsdauer: 21 Monate.

Fall 78. 19. 10. 92. Frau Kühnast, 33 Jahre alt, trug seit einem Jahre wegen Retroflexio uteri ein Pessar. Am 1. 2. 92 Vaginofixation, bei welcher Stränge nach beiden Seiten und hinten vom Uterus gedehnt wurden. Am 12. 2. 92 lag der Uterus gut anteflektirt; Patientin klagte über Schmerzen beim Urinlassen.

23. 4. Uterus sehr stark anteflektirt, etwas nach links geneigt, häufiger Harndrang, Urin reagirt sauer; Blasenausspülung.
2. 9. 92. Uterus dextro-retrovertirt, dabei aber anteflektirt.

Fall 79. Frau Wiese, 40 Jahre alt, wurde nach einer vorausgegangenen Laparotomie seit 2 Jahren wegen Retroflexio uteri mit Pessarien behandelt. Da der Uterus ohne Ring retrovertirt blieb, wurde am 8. 2. 92 die Vaginofixation gemacht. Vorher wurde ein Strang zur linken Spina ischii gedehnt. Patientin hatte nach der Operation keine Beschwerden mehr, am 4. 3. 92 lag der Uterus gut anteflektirt, im rechten Ligament spindelförmige Verdickung, linkes Ovarium normal.
30. 5. Uterus stark antevertirt, wenig anteflektirt.
Pat. hat ab und zu Beschwerden von einer seit Jahren bestehenden Cystitis.
9. 11. Blutiger Urin. 14. 12. Entfernung einer Sutur.
25. 10. 93. Pat. ist noch im November 92 von Nitze operirt (Entfernung zweier Blasensteine), hat dann keine Beschwerden mehr gehabt. Uterus etwas vergrössert, anteflektirt, beweglich.
Beobachtungsdauer: 21 Monate.

Fall 80. Frau Wehling, 47jährige VIIIp, hatte seit Monaten über starke Blutungen im Anschluss an die Menstruation, Schmerzen im Unterleib, Schwindelanfälle beim Aufstehen, geklagt.
Diagnose: Retroversio uteri, Metritis chronica, Prolaps der vorderen Vaginalwand.
Bei der Untersuchung ergab sich, dass die Portio in den äusseren Genitalien sichtbar war. Am 4. 2. 92 Vaginofixation, bei welcher ein ovales Stück aus der vorderen Vaginalwand excidirt und die Portio amputirt wurde. Die Vernähung geschah wie in Fall 54.
2. 4. 92. Klagt über starke Kreuzschmerzen, Uterus bedeutend verkleinert, ca. wallnussgross.
4. 5. 92. Vordere Vaginalwand sehr kurz, Muttermund dicht über dem Introitus, Uterus antevertirt.
11. 11. 93. Klagt über Stiche in der rechten Seite, Brennen beim Uriniren, Erschwerung des Gehens. Menstruation unregelmässig, stark. Uterus steht gestreckt in der Beckenaxe, ist durch einen parametranen Strang etwas nach rechts gezogen. Die Vulva klafft, vordere und hintere Vaginalwand sind ca. 2 Finger breit sichtbar. Die Portio steht 7 cm vom Introitus entfernt. Es wird der Pat. Kolporrhaphia post. vorgeschlagen und vorläufig ein Ring eingelegt.
17. 11. 93. Ring wegen Schmerzen entfernt.
Beobachtungsdauer: 21½ Monate.

Fall 81. Fräulein Silaf, 22jährige 0p., kam am 10. 7. 1891 wegen Schmerzen in der rechten Seite, namentlich beim Gehen, in die Poliklinik. Uterus lag retroflectirt und wurde mit der Sonde aufgerichtet. Patientin trug bis 5. 2. 1892 einen Ring, in dem der Uterus wiederholt retroflectirt lag. Am 5. 2. 92 Vaginofixation, wobei hintere perimetritische Adhäsionen gedehnt wurden. Am 5. 2. 92 klagte Patientin über Urindrang und Schmerzen beim Urinlassen, sowie über Verstopfung. Am 3. 3. 92 gab sie an, noch ab und zu im Leib Schmerzen zu haben, befand sich aber wohler als vor der Operation. Der Uterus lag gut anteflectirt.

30. 5. 92. Patientin zeigt zwei mit Harnsalzen incrustirte Seidensuturen, welche mit dem Urin abgegangen sind. Patientin hat jetzt mehr Schmerzen als vor der Operation, besonders beim Stuhlgang. Uterus stark anteflectirt, im Douglas beide fixirte und empfindliche Ovarien zu fühlen. Massage vorgeschlagen.

27. 1. 1893. Patientin hat die Beschwerden, welche vor der Operation bestanden, verloren, klagt dagegen über starke Schmerzen beim Gehen und Urinlassen. Die Schmerzen sind in der Harnröhre, „als ob eine Nadel drin steckte". Uterus gut anteflectirt. Theilweise Entfernung eines Fadens.

3. 2. 93. Am 30. 1. abends ist nach 24stündiger Harnverhaltung ein mandelgrosser Stein abgegangen, dessen beide Hälften durch einen incrustirten Seidenfaden zusammengehalten werden. Patientin hat jetzt keine Beschwerden mehr.

27. 10. 93. Patientin fühlt sich ganz wohl. Uterus stark anteflectirt, durch einen perimetritischen Strang nach rechts hinten gezogen.

Beobachtungsdauer: 21 Monate.

Fall 82. Frau Benser, 34 Jahre alt, IIIp., hatte seit einem Jahre Schmerzen in der linken Seite bis zur Brust hinauf. Da Retroversio uteri vorhanden war, so wurde am 6. 2. 1892 die Vaginofixation gemacht. (Trennung der Blase von der Cervix schwierig.) Am 16. 2. 92 lag der Uterus in der Beckenaxe; am 23. 2. 92 lag der Uterus sehr gut anteflectirt, Patientin hatte aber Schmerzen in der linken Seite und im Kreuz. Am 4. 3. 92 lag der Uterus wieder in der Beckenaxe, wobei die Ausspülung die drei definitiven Fäden entfernte.

20. 5. 92. Uterus anteflectirt, wenig nach links geneigt. Pat. hat nur ab und zu etwas Kreuzschmerzen.

1. 9. 92. Uterus normal, linkes Ovarium wenig empfindlich. Ichthyoltampon.

6. 1. 1894. Pat. fühlt sich wohler als vor der Operation, hat ab und zu Schmerzen in der linken Seite. Menstruation regelmässig. Uterus stark anteflectirt, beweglich, etwas vergrössert, linkes Ovarium etwas fixirt und druckempfindlich.

Beobachtungsdauer: 23 Monate.

Fall 83. 17. 9. 91. Frau Sakisch, 21 Jahre alt, hatte seit der letzten Entbindung im April 91 Schmerzen im Kreuz, fühlte sich stets sehr schwach und klagte über starken Ausfluss. Wegen Retroversio uteri wurde sie mit Pessarien behandelt. Da am 13. 11. 91 der Uterus retrovertirt im Ring lag (wegen hinterer perimetritischer Stränge) und nach Einlegung eines Thomaspessars Patientin starke Kreuzschmerzen hatte, so wurde am 8. 2. 92 die Vaginofixation gemacht (eine provisorische Naht). Nach der Operation war Patientin dauernd von allen Schmerzen befreit und der Uterus lag gut anteflectirt.

7. 3. 92. Pat. geht es sehr gut, sie hat keine Beschwerden, Uterus liegt anteflectirt.

28. 6. 92. Uterus. anteflektirt. Keine Beschwerden.

12. 9. 92. Keine Beschwerden. Uterus in der Beckenachse.

30. 10. 1893. Keine Beschwerden. Uterus retrovertirt. Indessen liegt der Uterus nur wenig hinter der Beckenachse, so dass beim Emporddrängen der Portio der Fundus von aussen zu fühlen ist.

Beobachtungsdauer: 21 Monate; 7 Monate lag der Uterus gut.

Fall 84. Frau Richter, 37 Jahre alt, welche seit 3 Jahren kinderlos verheirathet war, hatte seit längerer Zeit Schmerzen in der linken Seite, besonders während der eintägigen und sehr spärlichen Menstruation. Der Uterus war klein, retrovertirt und zu seinen beiden Seiten und nach hinten waren parametritische Stränge vorhanden. Am 8. 2. 1892 Vaginofixation, bei welcher die beiden Ovarien aus Verwachsungen gelöst und der Muttermund durch Discision erweitert wurde. Nachdem Patientin am 16. 2. 92 noch über stechende Schmerzen im Leib geklagt hatte, fühlte sie sich am 1. 3. 92 frei von allen Beschwerden. Der Uterus lag gut anteflectirt, Entfernung zweier Nähte.

13. 6. 92. Keine Beschwerden. Uterus anteflectirt. Zwei Fäden entfernt.

15. 11. 92. Keine Beschwerden. Uterus retrovertirt, empfindlicher perimetritischer Strang nach rechts hinten.

6. 11. 1893. Keine Beschwerden, Menstruation in dreiwöchentlichem Zwischenraum, zweitägig. Uterus retroflectirt, durch Stränge nach rechts hinten gezogen und mit dem linken Ovarium verwachsen.

Beobachtungsdauer: 21 Monate.

Fall 85. 7. 8. 91. Frau Olga Richter, 23 Jahre alt, hat August 1890 geboren und im Wochenbett Puerperalfieber gehabt. Sie klagte seitdem über Schmerzen in der linken Seite, über Ausbleiben der Menstruation und gelblichen Ausfluss. Wegen Retroflexio uteri erhielt Patientin ein Pessar und wurde auch am 31. 8. 91 faradisirt. Herr Dr. Dührssen fand am 16. 11. 91, dass die Ovarien mit dem Uterus verwachsen, besonders das linke vergrössert und beide sehr schmerzhaft bei Berührung waren. Patientin wurde bis 11. 2. 1892 massirt, wodurch die Schmerzen der Patientin sehr verringert wurden; auch war die Menstruation am 5. 1. 92 mit viertägiger Dauer wieder eingetreten. Da jedoch Patientin am 29. 1. 92 wieder über Schmerzen in der linken Seite klagte, und der Uterus ohne Pessar nicht in Anteflexion erhalten werden konnte, so wurde am 9. 2. 92 die Vaginofixation gemacht, bei welcher die beiden Ovarien aus den perimetritischen Fixationen gelöst wurden. Am 16. 2. 92 klagte Patientin über geringes Stechen im Leib und gab an, dass die Periode kurz nach der Operation eingetreten sei. Am 25. 2. 92 klagte Patientin über Schmerzen in der rechten Seite nach dem Uriniren. Der Uterus lag dauernd gut anteflectirt. 30. 5. 92 Menstruation in fünf- bezw. achtwöchentlichen Intervallen 2 Mal dagewesen. Uterus anteflectirt, ein Faden zu fühlen, Entfernung desselben. Pat. hat keine Beschwerden.

7. 11. 92. Amenorrhoe, Kopfschmerzen. Uterus anteflectirt. Faradisation des Uterus. 15., 19. 11. dito.

18. 7. 1893. Wieder Amenorrhoe. Faradisation. Menstruation trat sofort nach derselben auf und dauerte 4 Tage.

26. 10. 93. Menstruation Mitte August, 8tägig und Ende September, 4tägig. Pat. hat keine Beschwerden.

Uterus normal anteflectirt-vertirt, beweglich. Linkes Ovarium beweglich, rechtes im Douglas fixirt, hühnereigross. Faradisation.

Beobachtungsdauer: 21 Monate.

Fall 86. Frau Gutsche, 29 Jahre alt, wurde seit 2 Jahren wegen Retroflexio uteri fixata, Perimetritis chronica, Parametritis dextra bis 29. 1. 1891 massirt, jedoch ohne Erfolg. Es wurde dann versuchsweise ein Pessar

eingelegt. Da jedoch in demselben der Uterus retrovertirt lag, wurde dasselbe am 28. 3. 91 weggelassen und Patientin behufs Heilung der Para- und Perimetritis mit heissen Ausspülungen, Ichthyol und Jodtinctur behandelt. Dann wurde sie vom 15. 12. 91 bis 19. 1. 1892 wiederum massirt. Am 21. 1. 92 Lösung des Uterus aus den Fixationen in Narkose vergebens versucht, weshalb die heissen Ausspülungen weiter fortgesetzt wurden. Am 9. 2. 92 Vaginofixation, nachdem vorher der Uterus und das rechte Ovarium aus Fixationen gelöst worden waren. Vier provisorische Nähte. Am 18. 2. 92 lag der Uterus in der Beckenachse, Patientin gab an, dass die Kreuzschmerzen und Schmerzen in der rechten Seite verschwunden seien, dass dagegen seit der Operation Blutung bestehe. Am 24. 2. 92 lag der Uterus anteflectirt in der Beckenachse. Am 3. 3. 92 lag der Uterus gut anteflectirt, Patientin hatte keine Beschwerden mehr. 3. 4. 92. Pat. klagt über Schmerzen im Kreuz und Ausfluss, hat aber weniger Beschwerden als vor der Operation. Uterus liegt retrovertirt, wird aus Verwachsungen bimanuell gelöst und aufgerichtet. Thomaspessar.

Juni 92. Schmerzen in der rechten Seite. Uterus klein, gut anteflectirt im Ring.

18. 7. 92. Ringwechsel.

23. 8. 92. Ring fortgelassen.

6. 4. 1893. Ring wieder eingelegt.

Beobachtungsdauer: 14 Monate. Recidiv nach 2 Monaten.

Fall 87. Frau Hoffer, 37jährige II para, wurde seit zwei Jahren wegen Retroversio uteri mit Pessarien behandelt. Da am 19. 11. 1891 und 19. 12. 91 der Uterus retroflectirt im Ring lag, wurde am 10. 2. 1892 die Vaginofixation gemacht, wobei das rechte Ovarium aus vielen perimetritischen Adhäsionen gelöst wurde, das linke nicht zu lösen war. Am 7. 3. 92 lag der Uterus gut anteflectirt, Patientin hatte die Menstruation 2 Tage zu früh und schwächer als sonst bekommen, sie hatte jedoch keine Beschwerden mehr.

30. 5. 92. Keine Beschwerden. Uterus gut anteflectirt.

19. 7. 93. Pat. hat nur bei stärkeren Anstrengungen Schmerzen in der rechten Seite. Menses in 4wöchentlichem Zwischenraum, 3tägig, wenig Fluor. Die Fäden scheinen spontan abgegangen zu sein. Uterus anteflectirt.

27. 10. 93. Keine Beschwerden. Uterus anteflectirt, vergrössert, hart, Ovarien vergrössert und schwer beweglich.

Beobachtungsdauer: 20½ Monate.

Fall 88. Frau Birkholtz, 31 Jahre, hatte im April 1891 geboren und klagte, seitdem über starken Ausfluss und Brennen im Unterleib; auch gab sie an, dass der retroflectirte Uterus im dritten Schwangerschaftsmonat aufgerichtet worden sei. Den retroflectirten Uterus gelang es nicht, am 12. 10. 91 aufzurichten, wohl aber am 28. 10. 91. Seitdem wurde Patientin mit Pessarien behandelt. Da aber Patientin am 2. 2. 1892 über Kreuzschmerzen klagte, so wurde am 10. 2. 92 die Vaginofixation gemacht. Da keine provisorische Naht nöthig war, so dauerte die Operation weniger als 10 Minuten. Am 23. 2. 92 hatte Pat. nur geringe Schmerzen im Kreuz und noch etwas Ausfluss; der Uterus lag gut anteflectirt.

10. 3. 92. Keine Beschwerden. Uterus stark anteflectirt.

25. 10. 93. Pat. hat seit der Operation keine Beschwerden mehr gehabt. Menstruation regelmässig.

Uterus anteflectirt, Fundus etwas nach rechts geneigt. Die hypertrophische Cervix wird durch Stränge etwas nach links gezogen.

Fall 89. 10. 8. 91. Emilie Hahnke, ledig, hatte in der Charité wegen Retroflexio uteri ein Pessar erhalten; bei der Untersuchung am 10. 8., 7. 9. und 7. 10. 91 lag der Uterus retroflectirt im Ring. Am 12. 2. 1892 Vaginofixation, bei welcher sich massenhafte Stränge vom Uterus aus nach hinten fanden, die gedehnt wurden. Am 28. 2. und 5. 3. 92 klagte Patientin noch über geringe Schmerzen in der linken Seite; der Uterus lag gut anteflectirt. 3. 6. 92. Pat. fühlt sich wohler als vor der Operation, klagt nur über Ausfluss und häufigen Urindrang Uterus gut anteflectirt, nach hinten empfindliche Stränge. Chlorzink, Blasenausspülung.

Fall 90. Frau Ginuttis, 32jährige Vpara, hat zuletzt vor 4 Jahren geboren. Sie litt seit October 1891 an Blutungen, welche sie sehr schwächten. Der Uterus war kugelig vergrössert und retroflektirt, aber leicht aufrichtbar.

Am 12. 2. 92 Vaginofixation. Am 29. 2. lag der Uterus gut anteflektirt und Pat. hatte keine Beschwerden mehr.

Am 7. 3. 92 derselbe Status.

7. 11. 93. Pat ist ca. 1 Jahr lang nach der Operation ganz wohl gewesen, fiel dann die Kellertreppe herunter und bekam Fieber (38,1 °), Blutungen und Schmerzen in der linken Seite, weswegen am 24. 2. 93 curettirt und das linke Ovarium aus Verwachsungen gelöst wurde. Vor 14 Tagen wegen Blutungen nach schwerem Heben wieder Curettement. Schmerzen sind sonst nie dagewesen. Uterus sehr gut anteflektirt, beweglich, nur nach hinten etwas fixirt.

Beobachtungsdauer: 21 Monate.

Fall 91. Frau Pohl, 39 Jahre alt, hat October 1891 zuletzt geboren und 2½ Monate genährt. Sie kam am 1. 2. 92 in die Poliklinik und klagte über Ausfluss und Stiche in der Brust. Da der Uterus retrovertirt lag, wurde ein Thomas-Pessar eingelegt. Da am 6. 2. der Uterus retrovertirt im Ring lag, mit nach rechts geneigtem Fundus, wurde am 13. 2. 92 die Vaginofixation gemacht, wobei die membranöse Beschaffenheit des Uterus auffiel. Am 24. 2. 92 und 5. 3. 92 lag der Uterus anteflektirt (der Fundus war durch Stränge etwas nach rechts gezogen), Patientin klagte nur noch über Stuhlverhaltung und etwas Ausfluss.

1. 6. Keine Beschwerden. Pat. fühlt sich wohler als vor der Operation. Uterus anteflektirt.

26. 10. 93. Pat. klagt über Stiche im Kreuz, welche der 3tägigen Menstruation 8 Tage vorausgehen und eben so lange folgen, und über Ausfluss.

Uterus vergrössert, hart, anteflectirt, beweglich, linkes Ovarium beinahe hühnereigross, in den Douglas gesunken, rechtes nicht zu fühlen.

Beobachtungsdauer: 20½ Monate.

Fall 92. Frau Wagner, 42jährige IVp., hatte seit ca. 9 Jahren, seit der letzten Entbindung, Schmerzen im Leib und seit 2 Monaten

blutigen Ausfluss, sowie Schmerzen bei der Periode. 1887 war bei der Pat. im Augustahospital eine Dammplastik ausgeführt worden. Der Uterus war retroflektirt, vergrössert und durch empfindliche perimetritische Stränge nach hinten fixirt; eine Reposition war unmöglich. Pat. wurde deshalb vom 15. 1. 92 bis 24. 1. 92 massirt; am 28. 1. 92 wurden die Stränge in der Narkose gedehnt, der Uterus aufgerichtet und ein Pessar eingelegt.

Am 30. 1. 92 wurde das Pessar herausgenommen, da dasselbe der Patientin Schmerzen bereitete; am 13. 2. 92 Vaginofixation, wobei zahlreiche Stränge gedehnt wurden.

Am 25. 2. 92 lag der Uterus anteflektirt in der Beckenaxe, Pat. hatte starke Kreuzschmerzen. Am 8. 3. 92 waren die Kreuzschmerzen geringer; es wurde, obwohl der Uterus antevertirt lag, dennoch ein Pessar eingelegt, um die oben erwähnten perimetritischen Stränge noch mehr zu dehnen.

13. 4. Uterus retrovertirt im Ring. Repositio. 14. 6. Uterus anteflektirt im Ring.

9. 1. 93. Starker Fluor. Entfernung zweier Fäden. Uterus in der Beckenaxe. Pat. fühlt sich wohler als vor der Operation.

6. 11. 93. Den Ring hat Pat. ca. $^1/_2$ Jahr getragen, hatte aber trotzdem Schmerzen. Auch jetzt Schmerzen im ganzen Unterleib, etwas Fluor, Menstruation schwächer wie vor der Operation. Uterus retrovertirt, durch feste kurze Stränge nach hinten fixirt, nicht reponibel, Portio sehr voluminös, mit Ovula Nabothi besetzt.

Beobachtungsdauer: 21 Monate.

Fall 93. Frau Behling, 39 Jahre alt, klagte über Schmerzen im Unterleib und Erbrechen nach dem Essen, über Stuhlverhaltung und einen Vorfall. Die Untersuchung ergab einen Prolaps der vorderen Scheidenwand, Perioophoritis et Parametritis sinistra und Retroversio uteri. Am 15. 2. 92 Vaginofixation. Es genügte zum Herunterziehen eine provisorische Naht. Die von den definitiven Nähten abgeschnürte Peritonealtasche hatte sich mit Blut gefüllt und wurde daher aufgeschnitten.

28. 2. 92 lag der Uterus gut anteflektirt, Patientin klagte über geringe Schmerzen in der linken Seite und beim Uriniren. Am 8. 3. 92 lag der Uterus ebenfalls gut anteflektirt, Pat. klagte nur noch über grosse Schwäche.

5. 7. 92. Schneiden in der linken Seite. Uterus anteflektirt.

7. 11. 92. Steinbildung in der Blase.

26. 10. 93. Am 15. 11. 92 wurden der Pat. durch Herrn Collegen Posner Steine aus der Blase entfernt. Sie leidet seitdem noch an einer Cystitis mit häufigem Harndrang. Nach schwerem Arbeiten hat sie manchmal Kreuzschmerzen und Schmerzen in der linken Seite. Die Menstruation ist regelmässig, dauert manchmal 9 Tage.

Uterus vergrössert, in normaler Anteversio-flexio, beweglich, hart, Portio in der Spinallinie, 7 cm vom Introitus entfernt, lineäre Narbe an der vorderen Vaginalwand.

Beobachtungsdauer: $20^1/_2$ Monate.

Fall 94. Frau Geppert, 30 Jahre alt, hat 1 Mal normal geboren, 2 Mal abortirt. Sie kam am 19. 6. 91 in die Poliklinik mit Klagen über Schmerzen in beiden Seiten. Wegen Retroflexio uteri wurde sie

bis 14. 1. 92 mit Pessarien behandelt. Am 15. 2. 92 Vaginofixation. Ein Strang zur rechten Spina ischii wurde gedehnt. Patientin hatte nach der Operation keine Beschwerden mehr, der Uterus lag gut anteflektirt.

13. 3. 93. Seit 3 Wochen Blutung. Entfernung zweier Fäden. Uterus anteflektirt, vergrössert, weich.

25. 3. Uterus liegt gut.

26. 10. 93. Pat. hat nach der Operation keine Beschwerden mehr gehabt. Die früher 14tägige Menstruation dauert jetzt 4 Tage, bei 4wöchentlichem Intervall.

Uterus ganz klein, anteflektirt, durch Stränge nach hinten gezogen. Beobachtungsdauer: 20½ Monate.

Fall 95. Fräul. Hering, 28 Jahre alt, hat 1 Mal eine Zangengeburt durchgemacht. Sie wurde seit 2 Jahren wegen Retroflexio uteri fixata behandelt, zuerst mit Pessarien ohne Erfolg, hierauf mit Jodtinctur und Glycerintampons. Am 13. 7. 91 liess sich der Uterus aufrichten, Patientin erhielt ein Pessar, in dem der Uterus zunächst gut lag. Da am 11. 11. 91 Patientin über Schmerzen klagte, das rechte Ligament sich teigig anfühlte, und beide Ovarien empfindlich waren, wurde das Pessar wieder weggelassen. Am 30. 11. 91 wurde nochmals ein Pessar eingelegt, in dem der Uterus jedoch bei verschiedenen Untersuchungen retroflektirt lag. Am 16. 2. 92 Vaginofixation, wobei ein Strang zur linken Spina ischii durchschnitten und eine linksseitige Emmet'sche Operation gemacht wurde. Da Patientin seit der Operation blutete, wurde ihr am 25. 2. 92 Hydrastinin verordnet. Am 1. 3. 92 hatte die Blutung aufgehört, die Wunden waren geheilt. Am 8. 3. 92 gab Patientin an, nur noch Schmerzen in der linken Seite zu haben, der Uterus lag gut anteflektirt.

30. 5. Pat. befindet sich wohler, als vor der Operation, hat aber noch Schmerzen in der linken Seite. Uterus gut anteflektirt, Strang im linken Ligament.

19. 9. 92. Seit 14 Tagen Schmerzen in der linken Seite, Brennen beim Uriniren. Uterus gut anteflektirt, beweglich, rechtes Ovarium fixirt. Entfernung eines Fadens. 10. 10. und 26. 11. Entfernung der übrigen Fäden. Uterus stark anteflektirt.

4. 3. 93. Uterus retrovertirt, nach hinten und links fixirt.

31. 10. 93. Pat. hat nicht ganz so starke Schmerzen im Kreuz und in der linken Seite, wie vor der Operation. Menstruation in 4wöchentlichem Zwischenraum, 3—4tägig, nicht so stark, wie vor der Operation.

Uterus in Retroversionsstellung anteflektirt, nach beiden Seiten und nach hinten zahlreiche perimetritische Stränge. Kleiner Muttermund. Ring eingelegt zur Dehnung der wahrscheinlich erst post operationem durch frische Gonorrhoe entstandenen Stränge.

11. 11. 93. Schmerzen geringer. Uterus liegt retrovertirt, Thomas eingelegt.

12. 12. 93. Pat. hat weniger Schmerzen, wie ohne Ring. Uterus liegt in sehr guter Anteversio-flexio. Kleinerer Celluloidring eingelegt.

23. 1. 94. Uterus liegt retrovertirt im Ring. Thomas wieder eingelegt.

19. 2. 94. Uterus liegt ausgezeichnet im Ring. Nach dem rechten Ovarium Stränge, doch sind beide Ovarien beweglich. Der künstlich retrovertirte Uterus kehrt langsam in Anteversion zurück und behält

auch bei künstlicher Retroversion eine deutliche Krümmung über die vordere Fläche.

4. 4. 94. Pat. fühlt sich wohl. St. idem. Ringwechsel.

Beobachtungsdauer: 26 Monate.

Fall 96. Frau Betzing, 30 Jahre alt, litt seit November 1890 im Anschluss an einen Abort mit nachfolgendem Puerperalfieber an Amenorrhoe und wurde deshalb bis 1. 8. 91 faradisirt, wodurch die Amenorrhoe vorübergehend gehoben wurde. Am 27. 10. 91 fand Dr. Dührssen, dass der Uterus retrovertirt und durch ein hartes Exsudat nach hinten fixirt war. Pat. wurde zur Lösung der Fixationen bis 16. 11. 91 9 Mal massirt (mit Erfolg), und es wurde ein Pessar eingelegt. Da in demselben der Uterus retrovertirt lag, und Patientin Schmerzen in der linken Seite, besonders vor Eintritt der Menstruation hatte, wurde am 16. 2. 92 die Vaginofixation und linksseitiger Emmet (3 Suturen) gemacht, wobei noch hintere perimetritische Stränge bimanuell getrennt wurden.

8. 3. 92. Keine Beschwerden mehr, nur noch etwas Ausfluss. Die Menstruation, die am Tage der Operation hätte eintreten sollen, ist noch nicht eingetreten. Der Uterus liegt gut anteflektirt.

30. 5. Pat. hat ab und zu Schmerzen in der linken Seite, fühlt sich aber wohler als vor der Operation. Uterus anteflektirt; Emmet geheilt.

30. 10. 93. Pat. hatte ab und zu Schmerzen in der linken Seite, die durch Dehnung der linksseitigen Stränge (mittels elastischen Zuges) jedesmal rasch beseitigt wurden. Die Menstruation trat seit der erfolgreichen Massagekur (Dr. Dührssen) — früher war Pat. schon 5 Wochen lang erfolglos massirt worden — pünktlich ein und dauerte schwach 8 Tage. Das Allgemeinbefinden war gegen früher ausgezeichnet.

Der früher grosse Uterus ist jetzt klein, 7 cm lang, anteflektirt, lässt sich bimanuell bis zur Symphyse ziehen.

15. 1. 94.
9. 2. 94. } Der Uterus liegt normal.
21. 7. 94.

Beobachtungsdauer: 29 Monate.

Fall 97. Frau Merten, eine 37jährige Multipara, trug seit Jahren wegen Retroflexio uteri einen Ring und hatte trotzdem Schmerzen im Kreuz und ganzen Unterleib. Am 16. 2. 92 Vaginofixation. Da Pat. seit der Operation starke Blutungen hatte, wurde ihr am 25. 2. 92 Hydrastinin verordnet. Da die Blutungen nicht aufhörten, wurde am 27. 2. eine Chlorzinkinjection gemacht. Am 2. 3. waren die Blutungen geringer. Es wurde noch einmal mit Chlorzink (20 pCt.) geätzt und hierzu die Playfair'sche Sonde benutzt. Am 8. 3. hatten die Blutungen aufgehört; Pat. hatten keine Beschwerden mehr (nur geringe Schmerzen um den Muttermund herum); der Uterus lag gut anteflektirt.

6. 4. Uterus gut anteflektirt. Pat. klagt über Kreuz- und Unterleibsschmerzen, die stärker sind, als vor der Operation. Chlorzinkätzung.

9. 5. 92. Nach mehreren Aetzungen Besserung.

10. 6. 92. Uterus vergrössert, liegt ausgezeichnet, rechtes Ovarium geschwollen, schmerzhaft, empfindliche rechtsseitige Stränge. Entfernung eines Fadens.

Januar 94. Nach Mittheilung des Herrn Dr. Krause in Vietz, meines früheren Schülers, hat Frau M. alle ihre Beschwerden verloren, der Uterus liegt anteflektirt. 14. 8. 94. Nach Bericht von Dr. K. ist Pat. Juni 94 entbunden. Uterus liegt anteflektirt, Fundus gleich hinter der Symphyse.

Beobachtungsdauer: 2½ Jahre.

Fall 98. Frau Kaminski, 37jährige VIIp., hatte zuletzt 1888 geboren. Bis Weihnachten 91 war die Menstruation regelmässig, dann traten andauernde Blutungen auf. Pat. hatte schon 10 Jahre lang einen Ring getragen, war trotzdem nicht recht arbeitsfähig. Die Untersuchung ergab eine Senkung beider Vaginalwände, Retroversio uteri mobilis, im Douglas und zu beiden Spinae ischii empfindliche Stränge. Am 17. 2. Vaginofixation, mit welcher eine Lappenspaltung an der Cervix und eine Kolporrhaphia posterior verbunden wurden. Am 3. 3. lag der Uterus gut anteflektirt, Pat. klagte nur noch über Stuhlverstopfung. Am 8. 3. lag der Uterus retrovertirt (?); die Wunden waren per primam geheilt. Emmetfäden herausgenommen.

9. 4. Uterus anteflektirt.

31. 5. Uterus anteflektirt, etwas nach links geneigt. Pat. hat noch geringe Schmerzen in der rechten Seite und Fluor, fühlt sich aber bedeutend wohler als vor der Operation.

9. 6. 93. Pat. ist völlig arbeitsfähig, klagt ausser Magenbeschwerden und Kopfschmerzen, seit einiger Zeit über Fluss, der vergeblich von anderer Seite mit Aetzungen behandelt wurde.

Geringe Inversion beider Vaginalwände, Uterus anteflektirt, Muttermund lässt gerade die 4 mm-Sonde passiren. Entfernung eines Fadens.

Anm. b. d. Corr.: 12. 8. 94. Pat. klagt nur über Ostipation und Kopfschmerzen. Uterus anteflektirt. — Beobachtungsdauer: 2½ Jahre.

Fall 99. 8. 2. 1892. Frau Gorges, 34 Jahre alt, klagte über Schmerzen im Unterleib und Abgang von Stücken bei der Periode. Der Uterus war retroflektirt und im linken Ligament befand sich ein Strang zur Spina ischii. Am 17. 2. 92 Vaginofixation. Am 2. 3. lag der Uterus gut anteflektirt. Die Menstruation war zur rechten Zeit, aber etwas stärker, eingetreten. Die Wunde war in Heilung begriffen.

Fall 100. 10. 2. 1892. Frau Lorenz, 34 Jahre alt, gab an, im Jahre 1888 wegen Vorfalls behandelt zu sein. Seit 17. Januar 91 hatte Patientin einen wochenbettähnlichen Fluss, dem in letzter Zeit ein blutiger Ausfluss folgte. Der retroflektirt liegende, nach hinten und beiden Seiten durch empfindliche perimetritische Stränge fixirte Uterus wurde am 10. 2. 92 mit Hülfe der Kugelzange aufgerichtet. Am 18. 2. Vaginofixation. Am 27. 2. 92 war der Uterus gross und anteflektirt, Patientin hatte noch geringe Schmerzen im Rücken.

17. 3. Seit einer Woche stärkere Blutungen. Uterus anteflektirt. Hydrastis.

23. 10. 93. Die Schmerzen, die vor der Operation vorhanden waren, sind verschwunden. Menstruation sehr stark, 3tägig.

Uterus in Retroversionsstellung anteflektirt, nach hinten durch empfindliche Stränge fixirt, hart.

Beobachtungsdauer: 20½ Monate.

Fall 101. Frau Büttner wurde seit 9. 4. 1891 wegen Parametritis sinistra massirt und am 4. 8. 91 geheilt entlassen. Am 12. 2. 92 erschien Patientin wieder und klagte über Schmerzen im Unterleib. Der Uterus lag retrovertirt, es wurde deshalb am 18. 2. 92 die Vaginofixation gemacht, wobei ein Strang zur rechten Spina ischii und perimetritische Verwachsungen gedehnt wurden. Am 1. 3. 92 lag der Uterus gut anteflektirt, die Wunde war beinahe geheilt.

9. 3. 92. Urindrang und Drängen nach dem Mastdarm. Uterus gut anteflektirt.

14. 5. 92. Uterus sehr gut anteflektirt, Entfernung der 3 Fäden.

30. 5. 92. Ab und zu Drängen auf den Mastdarm, sonst Wohlbefinden.

Beobachtungsdauer: $3^1/_2$ Monate.

Fall 102. Frau Hinz, 34 Jahre alt, wurde seit 8. 12. 1890 wegen Perimetritis posterior bis 25. 3. 91 massirt. Seitdem wurde sie wegen Retroflexio uteri mit Pessarien behandelt; da der Uterus seit 9. 11. 91 im Ring fortwährend retrovertirt lag, wurde am 19. 2. 92 die Vaginofixation gemacht, wobei ein Strang zur rechten Spina ischii gedehnt wurde. Am 7. 3. 92 hatte Patientin noch Schmerzen in der rechten Seite, der Uterus lag gut anteflektirt.

13. 4. 92. Uterus gut anteflektirt, Schmerzen in der rechten Seite besser.

18. 7. 92. Blutiger Ausfluss. Entfernung eines Fadens.

20. 1. 93. Entfernung eines Fadens.

27. 4. 93. Uterus gut gelegen. Kolpitis. Holzessig.

Beobachtungsdauer: 14 Monate.

Fall 103. Frau Jurgeit, eine 24jährige Vp. (3 Aborte), hatte zuletzt im November 1891 abortirt und seitdemBlutungen. Der Uterus lag retrovertirt und liess sich aufrichten. Am 19. 2. 92 Vaginofixation, bei welcher zahlreiche perimetritische Stränge gedehnt wurden; die Uterussubstanz war sehr weich. Am 27. 2., sowie am 5. 3. 92 lag der Uterus gut anteflektirt, Pat. hatte gar keine Beschwerden mehr.

11. 6. 92. Uterus stark anteflektirt, gar keine Beschwerden, glatte Narbe. Enfernung der Fäden.

1. 8. 92. Letzte Menstruation Ende Mai, 3tägig. Ziehen im Unterleib. Uterus vergrössert.

22. 8. 92. Schmerzen beim Urinlassen. Corpus uteri breit, Uterus anteflektirt.

14. 12. 93 (Brief). Während der Schwangerschaft hatte ich fürchterliche Schmerzen, namentlich beim Gehen und Wasserlassen. März 1893 wurde ich ohne Arzt von einem gesunden Kinde entbunden. Das Unwohlsein hat sich noch nicht gezeigt — jedenfalls weil ich das Kind nähre. Mein Befinden ist den Verhältnissen nach ganz gut, ich brauche keinen Ring und keinen Arzt.

30. 1. 94 stellte sich Pat. auch persönlich vor und gab an, keine Beschwerden zu haben. Die Menstruation sei noch nicht eingetreten, da sie noch nähre.

Die Urinbeschwerden in der letzten Schwangerschaft hatten in erschwerter Urinentleerung bestanden und seien im 5. Monat am stärksten gewesen, so dass eine hinzugerufene Hebamme die Anwendung heisser Dämpfe verordnete.

Uterus klein (Lactationsatrophie), anteflektirt, beweglich, Portio in der Spinallinie.

Beobachtungsdauer: $23^1/_2$ Monate.

Fall 104. Frau Küntzel, eine 36jährige IX p. (3 Aborte), hatte seit der letzten Geburt (am 9. 10. 91) alle 14 Tage starke Blutungen von 3tägiger Dauer. Der Uterus war am 9. 2. 92 klein, retroflektirt, nach hinten fixirt, und das Curettement entfernte fungöse Massen. Am 15. 2. 92 lag der Uterus retrovertirt, war aber aufrichtbar. Am 22. 2. 92 Vaginofixation (die Uterussubstanz war sehr weich). Am 1. 3. 92 klagte Pat. über starke Blutungen, und es wurde ihr Hydrastinin verordnet. Am 8. 3. 92 hatte Pat. gar keine Beschwerden mehr; der Uterus lag gut anteflektirt.

21. 7. 92. Pat. klagt über Schmerzen im Unterleib, Fluor. Menstruation tritt zuweilen in grösseren Pausen ein, seit dem 23. 6. 92 ist zuweilen Blutung vorhanden (Fäden?).

Uterus anteflektirt, gut beweglich. Erosion der vorderen Lippe. Holzessig.

31. 10. 93. Pat. hat keine Unterleibsbeschwerden mehr gehabt. Menstruation in 2—5wöchentlichem Intervall, 4—5tägig. Etwas Fluor.

Uterus in normaler Anteversio-flexio, klein, beweglich; Ovarien klein, beweglich. Der Cervicalkanal lässt den Finger tief eindringen, und fühlt man in demselben harte, leistenartige Vorsprünge (alter Cervixcatarrh).

Beobachtungsdauer: 20 Monate.

Fall 105. Frau Hanninger, 21 Jahre alt, hatte im December 1890 zum ersten Mal geboren und bekam seitdem die Periode alle 8 Wochen mit 8tägiger Dauer; seit dem 24. 1. 92 blutete Pat. fast ununterbrochen nnd mit Abgang von Stücken. Die Untersuchung ergab eine Retroversio uteri und Fixation des Uterus nach links hinten. Am 23. 2. 92 Vaginofixation. Am 3. 3. 92 lag der Uterus gut anteflektirt, die Wunde war geheilt, und Pat. hatte keine Beschwerden mehr.

30. 10. 93. Pat. hat keine Beschwerden, die Menstruation, welche im Allgemeinen wie früher auftritt, hat sich in den letzten 4 Monaten nur einmal gezeigt. Der Uterus ist faustgross, kugelig, stark anteflektirt, sehr weich.

Diagnose: Graviditas mens. III.

Beobachtungsdauer: 20 Monate.

Fall 106. 19. 2. 92. Frau Mayer, 28 Jahre alt, Op., hatte seit 1888, 1 Jahr nach der Heirath, stechende Schmerzen im Kreuz und in der rechten Seite. Die Untersuchung ergab eine Retroversio uteri fixata. Am 23. 2. Vaginofixation, bei welcher der Uterus aus Verwachsungen mit dem rechten Ovarium, und dieses sowie das linke Ovarium aus Verwachsungen gelöst und bis zur vorderen Beckenwand gezogen wurden. Am 2. 3. klagte Pat. über Stiche im Kreuz und am 8. 3. auch noch über Schmerzen in der rechten Seite; der Uterus lag gut anteflektirt.

1. 4. Pat. hat Blasenbeschwerden. Cystitis. Blasenausspülung.

1. 8. Pat. klagt über Schmerzen in beiden Seiten und Ausfluss. Uterus anteflektirt, beide Ovarien descendirt und empfindlich. Entfernung eines Seidenfadens.

19. 11. Heftige Unterleibsschmerzen. Rechtes Ovarium vergrössert, sehr empfindlich.

7. 3. 92. Rechtes Ovarium apfelgross.

6. 1. 94. Die früheren Schmerzen sind verschwunden.

Uterus stark anteflektirt, durch Stränge etwas nach hinten fixirt, Ovarien normal, rechtes vergrössert.

Fall 107. Emma Rosenbaum, 44 Jahre alt, ledig, kam am 20. 8. 1890 in die Poliklinik und klagte über Unterleibs- und Kreuzschmerzen; der Uterus lag retrovertirt, und diffuse, schmerzhafte Resistenzen zogen die Portio nach vorne. Eine Reposition war unmöglich; Therapie: Jodtinctur und Glycerintampon. Am 21. 5. 91, wo Pat. wieder erschien, war der Befund derselbe. Am 24. 2. 92 Vaginofixation (in der hinteren Wand des Uterus fand sich ein wallnussgrosses, interstitielles Myom). Nach der Operation lag der Fundus etwas nach rechts und war mit dem rechten an die rechte Beckenwand fixirten Ovarium durch einen kurzen dicken Strang verbunden.

Status von Dr. Nagel am 11. 3. 92: Der Uterus liegt gut anteflektirt. Wegen Schmerzen wurde eine Blasenausspülung gemacht und am 29. 3. Fol. uvae ursi verordnet.

6. 9. 92. Wegen Ulcus durum zu Lassar geschickt.

10. 12. 92. Durch Vaginofixation beseitigte Retroversio. Patientin klagt über Fluor. Entfernung der 3 Fäden und der Granulationen in der Narbe.

19. 12. 92. Heisse Ausspülungen.

Beobachtungsdauer: $8^3/_4$ Monate.

BOSTON MEDICAL LIBRARY FEB 27 1896

Fall 108. Frau Kasch, 35 Jahre alt, hatte seit der letzten Entbindung vor 3 Jahren Schmerzen im Unterleib, Brennen im Rectum und litt an Stuhlverstopfung. Der Uterus war retroflektirt und durch starke perimetritische Verwachsungen nach hinten fixirt. Am 24. 2. 92 Vaginofixation. Am 4. 3. 92 lag der Uterus gut anteflektirt; das Brennen im Rectum und die Stuhlverstopfung hatten aufgehört.

16. 5. 92. Uterus anteflektirt, Entfernung einer Sutur.

19. 12. 92. Uterus anteflektirt, Entfernung einer Sutur.

Beobachtungsdauer: $8^3/_4$ Monate.

Fall 109. Frau Priebe, eine 34jährige IVp., wurde in unserer Poliklinik seit 1888 wegen Retroflexio uteri mit Pessarien behandelt. Da Pat. den Ring nicht mehr tragen wollte, wurde am 26. 2. 92 die Vaginofixation gemacht, bei welcher ein dünner Strang nach links hinten vom Uterus gedehnt wurde. Am 8. 3. 92 lag der Uterus gut anteflektirt; Pat. hatte keine Beschwerden, die Periode war zur richtigen Zeit eingetreten, hatte aber länger als sonst gedauert.

30. 5. 92. Pat. hat keine Beschwerden. Uterus anteflektirt, wenig antevertirt. Entfernung einer Sutur.

25. 11. 93. Pat., die vor der Operation 9 Jahre lang (seit der ersten Entbindung) einen Ring getragen hat und stets nach Herausnahme des Ringes arbeitsunfähig war, hat sich nach der Operation bis jetzt völlig wohl befunden. Sie klagt seit kurzem über allgemeine nervöse Beschwerden, wie Schwäche in den Beinen, Abgestorbensein der Hände und Füsse, Kreuzschmerzen. Uterus anteflektirt in der Beckenachse, etwas vergrössert, hart, beweglich, Stränge nach dem linken Ovarium. Hypertrophie der Portio und Ectropium.

Stichelung des Ectropium, intrauterine Chlorzinkätzung.

13. 12. 93. Kreuzschmerzen sind besser, Menstruation, die Pat. bisher zu schwach erschien, stärker, statt 3-, 6tägig. Aetzung.

23. 12. 93. Kreuzschmerzen verschwunden. Ectropium abgeheilt. Aetzung.

13. 1. 93. Menstruation diesmal 4tägig. Die nervösen Beschwerden waren nur während der Menstruation vorhanden. Uterus in normaler Anteversio-Flexio, Portio in der Spinallinie, Uterus 7 cm lang, noch eine Spur Secret. Aetzung.

26. 1. 94. Aetzung.

Beobachtungsdauer: 23 Monate.

Fall 110. Fräulein Löthe, 23 Jahre alt, hatte seit November 1891 einen lästigen, starken Ausfluss und anteponirende Menstruation. Die Untersuchung ergab eine Retroversio uteri fixata. Am 26. 2. Vaginofixation, bei welcher der Uterus und beide, besonders das linke Ovarium, aus Verklebungen gelöst wurden.

Am 1. 3. Eintritt der Menstruation, am 5. 3., nachdem Pat. schon mehrere Tage ohne Beschwerden ausser Bett zugebracht hatte, starke Blutung, welche auf Tamponade steht.

20. 4. Uterus gut anteflektirt. Ausser geringem Fluor keine Beschwerden. Aetzung.

Fall 111. Minna Strasshoff. 29. 2. Vaginofixation. Keine provisorische Naht. Die definitiven Nähte werden durch die Vaginalwand gelegt. Dauer der Operation 8 Minuten.

8. 3. Pat. klagt über Druck auf die Blase. Uterus liegt ausgezeichnet.

30. 5. Uterus ausgezeichnet anteflektirt. Pat. fühlt sich wohl; ab und zu etwas Drängen auf den Mastdarm.

Fall 112. Marie Schneider, 25 Jahre alt, hat einmal normal geboren, einmal abortirt. 1. 3. 92 Vaginofixation mit 3 provisorischen Nähten, Excision eines Ectropium der hinteren Lippe und Vernähung dieser Wunde mit 3 Seidenfäden.

30. 5. 92. Pat. hat keine Beschwerden, Uterus anteflektirt.

20. 5. 93. Pat. klagt über Fluor und Vorfallsbeschwerden. Uterus anteflektirt, schlaffe Vaginalwände.

Nach mehreren Aetzungen wird am 9. 7. 93 das Curettement nebst Kolporrhaphia anterior et posterior ausgeführt. Heilung ungestört.

30. 10. 93. Pat. hat keine Beschwerden mehr, nur ist die Menstruation seit der letzten Operation sehr schwach geworden und dauert bei regelmässigem 4wöchentlichem Eintritt nur 2 Tage.

Vagina langgestreckt, nur für einen Finger durchgängig, Uterus atrophisch, Portio relativ voluminös. Der Uterus liegt retroponirt, ist wenig über die vordere Fläche gekrümmt.

Beobachtungsdauer: 20 Monate.

Fall 113. Frau Behne. 1. 3. 92 Vaginofixation (Stränge auf beiden Seiten und nach hinten, grosser Uterus, 4 provisorische Nähte).

30. 5. 92. Uterus gut anteflektirt, Entfernung eines Fadens.

28. 10. 93. Pat. hatte im ersten Vierteljahr 1893 Ausfluss, befindet

sich jetzt ganz wohl. Die Menstruation tritt in 4wöchentlichem Zwischenraum auf und dauert 3—4 Tage.

Uterus vergrössert, in normaler Anteversio-Flexio, hart, durch Stränge nach rechts und hinten fixirt. Ovarien beweglich.

Beobachtungsdauer: 20 Monate.

Fall 114. Frau Treu, Op., seit 5 Jahren verheirathet. Uterus retrovertirt, nach links hinten durch perimetritische Stränge fixirt. 2. 3. 1892 Vaginofixation. 3 provisorische Nähte.

30. 5. Pat. klagt noch über Fluor. Uterus gut anteflektirt, Entfernung der 3 definitiven Nähte.

25. 7. 92. Schmerzen beim Coitus. Uterus anteflektirt.

27. 7. 92. Uterus nach rechts hinten fixirt. Zugmassage.

3. 8. 92. Keine Schmerzen mehr.

17. 8. 92. Elastischer Zug.

1. 12. 93. Pat. geht es besser, wie vor der Operation. Sie klagt nur noch über Kreuzschmerzen. Die Schmerzen bei der Cohabitation sind nur noch gering, doch ist die voluptas in coitu seit der Operation verschwunden. Menstruation, die früher alle 3 Wochen 8 Tage stark andauerte, dauert jetzt nur 3 Tage bei 4wöchentlichem Intervall. Fluor ist noch vorhanden.

Uterus sehr stark anteflektirt, Cervix durch Stränge nach hinten gezogen, Uterus sonst beweglich, klein, Portio in der Spinallinie. Linkes Ovarium beweglich, rechtes nicht zu fühlen. Etwas schleimiger Fluor.

Fall 115. Frau Paetzold, 33jährige Vp., hat zuletzt 1889 geboren. Sie klagt über Unterleibsschmerzen, Urinbeschwerden, Menorrhagien, Fluor. Der vergrösserte Uterus liegt in einem Schultze'schen Achterpessar retroflektirt, rechtsseitiger parametritischer Strang.

3. 3. 92. Vaginofixation (3 provisorische Nähte).

17. 3. 92. Pat. wird mit anteflektirtem Uterus geheilt entlassen.

21. 11. 93. Die früheren Vorfallsbeschwerden sind nach der Operation besser geworden, die Menstruation dauert jetzt nur noch 2 Tage, früher 8 Tage. Fluor wie vor der Operation.

Uterus ausgezeichnet anteflektirt, hart, etwas vergrössert, beweglich. Ectropium. Ovula Nabothi.

Beobachtungsdauer: 20½ Monate.

Fall 116. Frau Schelp, 33jährige VIIp. Uterus gross, retroflektirt, linkes Ovarium fixirt. 3. 3. 92 Vaginofixation.

9. 6. 92. Pat. klagt noch über Schmerzen in der rechten Seite, die die Periode um 14 Tage überdauern. Menstruation ist stärker, als zu der Zeit vor der Operation, wo Pat. einen Ring trug. Fluor. Uterus gut anteflektirt, noch vergrössert, rechtes Ovarium klein, empfindlich, linkes vergrössert, zwischen seitlichen Strängen eingebettet. Ordo: heisse Ausspülungen.

25. 7. 92. Intrauterine Aetzung.

4. 8. dito.

11. 8. Fluor beinahe verschwunden.

Fall 117. Fräul. Dathe, 42jähr. Op., hat seit 3 Jahren Unterleibsschmerzen, trotzdem sie seit 2 Jahren einen Ring trägt.

4. 3. 92 Vaginofixation.

15. 3. 92 geheilt entlassen.

Fall 118. 5. 3. 92. Fräul. Feige, 23jähr. Op., hat wegen Retroversio uteri nach Reposition mit der Sonde bis jetzt 1 Jahr einen Ring getragen, aber trotzdem Beschwerden gehabt. Daher Vaginofixation (3 provisorische Nähte).

8. 3. Rechtzeitiger Eintritt der Menstruation, die sehr stark bis zum 17. 3. dauerte.

26. 9. 92. Pat. klagt über Schmerzen in der linken Seite. Das linke Ovarium wird aus leichten Verklebungen gelöst, wie schon mehrere Male vor der Operation. Daneben besteht eine Kolpitis, die, wie auch schon früher, durch Holzessigeingiessungen rasch beseitigt wird.

25. 3. 93. Nachdem die wieder aufgetretene Kolpitis mit Holzessig beseitigt und ein hinterer perimetritischer Strang durch elastischen Zug gedehnt ist, sind jetzt alle Beschwerden der Pat. geschwunden, der Uterus liegt anteflektirt, lässt sich bimanuell bis zur Symphyse ziehen.

8. 11. 93. Kein Fluor. Ab und zu Schmerzen im Leib und Kreuz. Uterus sehr klein, gut anteflektirt, linkes Ovarium etwas nach hinten fixirt, perimetritische Stränge nach links hinten.

Beobachtungsdauer: 20 Monate.

Fall 119. Frau Jürgens, 27 Jahre, hat 1886 abortirt, dann dreimal normal geboren, zuletzt 1890. Seitdem leidet Pat. an heftigen Kreuzschmerzen, Fluor und Menorrhagie, wegen deren mehrfach Ringe eingelegt wurden, die aber stets drückten und bald wieder entfernt werden mussten.

Uterus retroflektirt, nach hinten para- und perimetritische Stränge.

28. 4. 92. Vaginofixation (Dr. Schäfer).

24. 5. 92. Keine Beschwerden. Menstruation 3tägig, vor der Operation 8tägig. Uterus in normaler Anteflexion.

5. 9. 92. Keine Beschwerden. Uterus vergrössert, weich. Graviditas m. II.

8. 11. 93. Pat. hat am 14. 3. 93 spontan geboren und ohne Beschwerde ihr Kind 3 Monate lang genährt. Das Kind ist bald nach der Entwöhnung an Darmcatarrh gestorben. Letzte Menstruation 21. August. Pat. glaubt schwanger zu sein, Beschwerden sind nicht vorhanden.

Uterus faustgross, kugelig, stark anteflektirt, leicht beweglich. Graviditas m. III.

Beobachtungsdauer: 18 Monate, in der Zwischenzeit 2 normale Schwangerschaften.

Fall 120. 5. 4. 92. Fräul. Seeger, 32 Jahre, hat einmal geboren und trägt seit 6 Jahren ohne Erleichterung ihrer Beschwerden einen Ring.

Uterus retroflektirt, geringer Prolaps beider Vaginalwände. Ring. Derselbe musste mit einem Thomas-, dann mit einem Achterpessar vertauscht werden, da in allen der Uterus retroflektirt lag.

4. 5. 92. Vaginofixation (wegen starker Vergrösserung des Uterus 4 provisorische Nähte).

31. 1. 93. 1 Faden entfernt, Uterus gut anteflektirt.

18. 2. 93. Uterus anteflektirt. Kolporrhaphia anterior et posterior.

Beobachtungsdauer 9½ Monate.

Fall 121. Frau Vegleski, 34 Jahre, hat 1 Mal abortirt, Uterus retrovertirt, kann nicht aufgerichtet werden; seit 2 Wochen Schmerzen

im Leib und Ausfluss. 16. 5. Narkose: Uterus retrovertirt, nach hinten, besonders nach rechts fixirt. Vaginofixation. 3 provisor. Nähte. 27. 5. Uterus anteflektirt, Exsudat im Douglas. Temp. 38,7. Pat. hat sich nach der Operation nicht ruhig verhalten, ist vielmehr zu Fuss nach Hause gegangen und hat ihre Arbeit verrichtet.

8. 8. 92. Hartes Exsudat, trotzdem versieht Pat. ihre Arbeit als Wäscherin.

Fall 122. Frau Wilhelm, 35 Jahre, hat 7 Mal normal geboren und 2 Mal abortirt. 5. 4. 92. Uterus vergrössert, retroflektirt, Cervix für einen Finger durchgängig, Curettement wegen Abort, 6 Tage später Ring.

Uterus lag in diesem, später auch im Thomasring retroflektirt. Strang zur linken Spina ischii.

18. 5. 92. Vaginofixation.

20. 6. 92. Keine Beschwerden. Uterus gut anteflektirt.

6. 11. 93. Nach brieflicher Mittheilung ist Pat. am 14. 8. 93 wegen Querlage durch die Frauenklinik entbunden (Dr. Winter). In der letzten Zeit der Schwangerschaft konnte Pat. nicht Urin lassen und hatte unten im Leib eine Stelle, wo es sie wie mit Nadeln stach. Gegenwärtig ist diese Stelle hart und fast schmerzlos, so dass es Pat. jetzt gut geht. Die Menstruation ist nach der Entbindung noch nicht wieder dagewesen.

30. 1. 94. Pat. giebt heute noch an, dass einige Zeit nach der Operation Fäden spontan aus der Scheide abgegangen sind. Jetzt klagt Pat. nur über etwas Fluor. Die erste und letzte Menstruation nach der Geburt war 11. 11. 93. Uterus ca. faustgross, anteflektirt, kugelig, weich. Portio in der Spinallinie. Ziemlich starker, schleimiger Fluor.

Beobachtungsdauer: 20½ Monate, in dieser Zeit 2 normale Schwangerschaften.

Fall 123. Frau Klapperbein, 29 Jahre, hat 3 Mal normal geboren, 1 Mal abortirt. Juli 91 litt sie an Gonorrhoe (Bartholinitis suppurativa). Wegen Retroflexio uteri wurde sie mit Ringen behandelt, in denen der Uterus aber stets retroflektirt lag. 18. 5. 92 wurden der grosse Uterus und das linke Ovarium aus perimetritischen Verwachsungen gelöst und Vaginofixation gemacht (Dr. Schäfer).

1. 6. 92. Pat. klagt über Schmerzen in den Seiten und im Kreuz. Uterus gut anteflektirt.

19. 8. Uterus anteflektirt, Entfernung der drei Seidensuturen.

13. 2. 93. Uterus retroflektirt, Ring macht Schmerzen.

Fall 124. 16. 5. 1892. Frau Dürksen, 22 Jahre alt, hat am 18. 11. 91 geboren. Die Untersuchung ergiebt fixirte Retroflexio. Pat. wird daher bis zum 25. 5. 92 massirt und dann Vaginofixation gemacht.

8. 6. 92. Uterus antevertirt, dabei über die hintere Fläche geknickt. Ring.

16. 7. Ring fortgelassen.

3. 1. 93. Entfernung zweier Fäden, Uterus gut anteflektirt.

6. 11. 93. Pat. hat keine Beschwerden ausser Schmerzen während der 8tägigen starken Menstruation, die 4wöchentlich auftritt.

Uterus gross, retroflektirt, nach hinten fixirt und mit einem Ovarium verwachsen, nicht reponibel.

22. 11. 93. Die Untersuchung in Narkose bestätigt den beschriebenen Befund: Perimetritische, zum linken Ovarium ziehende Stränge

ziehen den reponirten Uterus, sobald man ihn loslässt, wieder in Retroflexion. Der Uterus selbst ist 8½ cm lang.

Vaginale Laparotomie: Nach dem Curettement und dem Querschnitt im vorderen Laquear wird eine ca. 4 cm hohe Narbenmasse zwischen Blase und Uterus mit der Scheere durchtrennt, worauf sich der Finger stumpf bis zum verdickten Peritoneum in die Höhe arbeitet. Dieses wird herabgezogen, unter Leitung des Auges mit der Scheere durchschnitten und nun mittelst 4 provisorischer Nähte der Fundus in das Scheidengewölbe heruntergezogen.

Darauf lässt sich nach Entfernung der Kugelzangen an der Portio und der Uterussonde der Fundus unter Beihülfe einer oberhalb der provisorische Nähte eingesetzten Kugelzange soweit aus der Wunde im Scheidengewölbe hervorziehen, dass die hintere Wand des Uterus mit den daselbst befindlichen perimetritischen Strängen sichtbar wird. Diese Stränge verbinden theils den Fundus mit der Cervix, theils ziehen sie die linke Tube und das linke Ovarium an die linke Uteruskante heran. Dieselben werden mit dem Paquelin durchtrennt. Das linke Ovarium lässt sich nun ebenfalls bis in die Wunde ziehen und sichtbar machen. Da dasselbe mitsammt der linken Tube normal erscheint, wird es, ebenso wie das bewegliche rechte Ovarium, zurückgelassen.

Es folgt die Durchführung von drei Silkwormnähten durch den Scheidenwundrand und den Fundus uteri. Da der Fundus sich nicht leicht zurückstülpen lässt, wird eine Naht geknotet, in der Erwartung, dass durch das Knoten der Fundus zurückgedrückt werden würde. Dies geschieht nicht, vielmehr schneidet bei den folgenden Repositionsversuchen die geknotete Naht durch die Uterussubstanz durch. Darauf gelingt mit einiger Mühe die Reposition des Uterus durch den nur 4 cm langen queren Wundschlitz des vorderen Laquear, worauf die zwei restirenden Silkwormnähte ohne Schwierigkeit geknotet werden. Unterhalb dieser Nähte wird die Scheidenwunde in der gewöhnlichen Weise durch einen fortlaufenden Catgutfaden in einen sagittalen Wundspalt verwandelt. Der Uterus liegt nach beendeter Operation stark anteflektirt.

Der Operation wohnten Herr Dr. Pichevin[1]) aus Paris und Herr Dr. Pagenstecher aus Mexiko bei.

Pat. wird nach völlig reactionslosem Verlauf nach 8 Tagen geheilt entlassen.

22. 1. 94. Pat. hat keine Beschwerden. Die Menstruation ist seit der Operation 2 Mal in 4wöchentlichem Intervall eingetreten und dauerte 3 Tage. Uterus liegt in ganz normaler Anteversio-flexio, Portio in der Spinallinie, linkes Ovarium beweglich, aber druckempfindlich, rechtes Ovarium ebenfalls beweglich. Etwas Fluor. Entfernung der Fäden.

Beobachtungsdauer: 2 Monate.

Fall 125. 10. 6. 1892. Frau Lahs, 22 Jahre, hat 1 Mal abortirt.

Uterus retrovertirt, klein, nach hinten und beiden Seiten perimetritische Stränge. In Narkose Reposition leicht. Ovarien beweglich. Vaginofixation.

15. 8. 3 Fäden entfernt.

12. 9. Menstruation ausgeblieben. Uterus anteflektirt, vergrössert, Graviditas m. II.

---

1) Pichevin hat mittlerweile die Methode in 2 Fällen mit Erfolg ausgeführt. Progrès médical. 1894. S. 375.

Fall 126. 10. 6. 1892. Frau Lehmann, 38 Jahre, hat 1 Mal geboren. Uterus gross, durch kurze, dicke Stränge nach rechts und hinten fixirt. Reposition nur mit der Kugelzange möglich. Vaginofixation mit 4 provisorischen Nähten.

5. 8. 93. Pat. klagt über Klopfen in der linken Seite und Schwäche im linken Bein. Uterus retrovertirt, durch straffe dicke perimetritische Verwachsungen fixirt.

3. 10. Nach 3maligem elastischen Zug Reposition und Ring.

21. 2. 93. Uterus stets gut anteflektirt, Ring fortgelassen.

28. 2. 93. Uterus retrovertirt. Reposition, Ring.

Anm. b. d. Corr.: 25. 5. 94. Mobile Retroflexio. Adnexe normal. Intraperitoneale Vaginofixation. Excision eines Ektropium.

16. 7. 94. Pat. hat nach der Entlassung noch eine fieberlose Thrombose der linken Schenkelvenen durchgemacht. Uterus ist bedeutend kleiner, liegt normal. Entfernung sämmtlicher Fäden.

Fall 127. Schröder. 18. 6. 92. Vaginofixatio. 31. 8. Uterus gut anteflektirt. Massage wegen Perioophoritis während 2 Wochen, worauf Pat. als geheilt entlassen wurde.

Fall 128. 26. 2. 1892. Frau Bäckermeister Sch., 30 Jahre, hat einmal vor 12 Jahren geboren, klagt seit 5 Jahren über Schmerzen in der linken Seite und Kreuzschmerzen. Menstruation in 4wöchentlichem Intervall, von 4—5tägiger Dauer. Etwas Fluor.

Status: Retroversio uteri fixata.

28. 2. 92. Curettement, Vaginofixation in der gewöhnlichen Weise (3 provisorische Nähte). Auch in Narkose gelingt die Reposition des Uterus nicht, da derselbe durch äusserst feste und kurze Verwachsungen mit dem Kreuzbein verbunden ist. Der Uterus lag somit auch nach der Operation retrovertirt.

29. 3. Pat. hat noch geringe Schmerzen. Uterus liegt anteflektirt.

16. 5. Bis vor 2 Tagen Wohlbefinden, seitdem Schmerzen in der linken Seite. Uterus wenig antevertirt, Ring eingelegt.

19. 8. Ring herausgenommen, da die linksseitigen Stränge empfindlich sind. Heisse Ausspülungen.

14. 9. Seitdem Pat. wieder angestrengt im Geschäft arbeitet, hat sie seit einigen Tagen wieder Schmerzen. Uterus liegt in Retroversionsstellung anteflektirt. Ring wieder eingelegt.

7. 12. 92. Wegen Empfindlichkeit der linksseitigen Stränge Ring wieder entfernt. Uterus lag gut anteflektirt im Ring.

Beobachtungsdauer: 9 Monate 9 Tage.

Fall 129. 26. 2. 92. Frau v. K., 42 Jahre, hat vor 5 Jahren einmal nach 4jähriger Ehe geboren. Seit October 90 ist eine Gebärmutterknickung constatirt und ein Hodge eingelegt, welcher indessen die Cohabitation unmöglich macht.

Status: Uterus liegt anteflektirt im Ring. Nach Herausnahme des Ringes und künstlicher Retroversion bleibt der Uterus retrovertirt liegen.

28. 2. 92. Curettement, Vaginofixation (2 provisorische Nähte).

Nach der Operation verlor Pat. ihre heftigen Kopfschmerzen vollständig, ebenso die Incontinentia urinae beim Husten, welche vor und während des Tragens des Ringes bestand.

8. 3. Menstruation diesmal 4 Tage zu früh und stärker, wie in den letzten Jahren, eingetreten.

18. 5. 92. Entfernung der 3 definitiven Nähte, nachdem sehr starker fressender Ausfluss eingetreten war.

17. 12. 92. Seit 14 Tagen Kreuzschmerzen, am 7. 12. 1tägige schwache Menstruation, gestern furchtbare Schmerzen im Leib, welche die Nacht vergingen, am Tage aber wieder auftraten.

Uterus anteflektirt, auf Druck schmerzhaft. Ordo: Heisse Ausspülungen.

4. 9. 93. Pat., welche sich mir auf meinen Wunsch noch einmal vorstellte, giebt an, dass die unter dem 17. 12. 92 notirten Schmerzen alsbald verschwunden und nicht wiedergekehrt sind. Pat. ist nach ihrer Erklärung ganz gesund, ihre früheren Kopfschmerzen sind ganz fort, psychische Erregungen sind nicht mehr krankhaft gesteigert, wie früher. Die Menstruation tritt ganz pünktlich in 4wöchentlichem Intervall ein, ist 2tägig, schwach.

Uterus anteflektirt, klein, beweglich.

11. 3. 94. Pat. hatte am 2. 1. 94 die letzte normale Menstruation, am 25. 1. geringe Blutung, dann am 4. 3. sehr heftige Blutung mit Leib- und Kreuzschmerzen. Am 8. 3. 94 stellte sich wieder der erste Kopfschmerz nach der Operation ein. Uterus anteflektirt, klein.

Anm. b. d. Corr.: 8. 6. 94. St. id. Adnexe normal.

Beobachtungsdauer: 27 Monate.

Fall 130. 18. 5. 1892. Frau W., 30 Jahre, hat 3 Mal geboren, zuletzt vor 4 Jahren. 18. 3. 92 letzte regelmässige Menstruation, seitdem Blutung. Seit 8 Tagen beim Gehen Schmerzen in der linken Seite.

Status: Uterus vergrössert, retrovertirt, linksseitiger Cervixriss, welcher sich mit einer Narbe in das Parametrium fortsetzt. Ektropium.

25. 5. 92. Curettement, Vaginofixation (3 provisorische Nähte), Excision des Ektropium.

17. 6. 92. Menstruation vom 11.—14. 6., stärker wie früher. Geringer Ausfluss. Uterus klein, gut anteflektirt, Portio und Muttermund gut formirt.

15. 4. 93 wurde in Herrn Dr. Landau's Klinik constatirt, dass der Uterus anteflektirt lag. Es wurden daselbst die 3 definitiven Nähte entfernt.

Beobachtungsdauer: 10 Monate 3 Wochen.

Fall 131. 4. 7. 1892. Frau Wi., 37 Jahre, hat 4 Mal, zuletzt vor 10 Jahren geboren. Seitdem ist Pat. unterleibskrank an Ausfluss, fortwährenden Kreuzschmerzen, profuser 8tägiger Menstruation. Sie fühlt sich sehr matt.

Status: Uterus retroflektirt, klein, nach hinten fixirt, Ovarien vergrössert, ebenfalls fixirt. Ektropium.

8. 7. 92. In Narkose Auslösung des Uterus und der Ovarien aus den Verwachsungen (nach B. S. Schultze), Dehnung anderer zahlreicher Fixationen. Curettement. Vaginofixation. Bei derselben Eröffnung der Plica vesico-uterina. Excision des Ektropium und Vernähung.

14. 7. Entfernung der Portiofäden.

18. 7. geheilt entlassen.

11. 8. Pat. klagt nur noch über Schwäche im linken Bein. Uterus

klein, anteflektirt, Scheidenwunde verheilt. Portio und Muttermund gut formirt.

10. 9. Pat. klagt seit heute morgen über Kreuzschmerzen und Ausfluss. Linkes Ovarium wird aus leichten Verwachsungen gelöst. Die erste Menstruation (vom 13.—17. 8.) war sehr stark.

27. 9. Entfernung der definitiven Seidenfäden.

25. 10. Pat. klagt nur noch über Ausfluss. Uterus gut anteflektirt, linkes Ovarium etwas fixirt.

27. 6. 93. Pat. hat nur beim Laufen Schmerzen im rechten Bein, fühlt sich sonst ganz wohl. Menstruation in 4wöchentlichem Zwischenraum, 3—4tägig. Pat. sieht blühend aus, ist stärker geworden. Uterus anteflektirt, Fundus durch Stränge, die an das linke Ovarium herangehen, etwas nach links gezogen.

Anm. b. d. Corr.: 1. 6. 94. Uterus und Adnexe normal.

Beobachtungsdauer: 23 Monate.

Fall 132. 16. 7. 1892. Frau Al., 25jährige 0 para. Seit 4 Monaten 10tägige Menstruation in 2—4wöchentlichem Intervall, unregelmässige Blutungen nach der Cohabitation. Schmerzen in der rechten Seite, nach der Menstruation Kreuzschmerzen.

Status: Uterus retrovertirt, beweglich, reponibel. Hintere perimetritische Stränge, linkes Ovarium fixirt.

25. 7. 92. In Narkose Auslösung des linken Ovarium, Dehnung der Stränge (nach B. S. Schultze). Curettement, Vaginofixation.

10. 8. Pat. hat keine Beschwerden. Menstruation 2 Tage zu früh eingetreten. Uterus gut anteflektirt.

15. 8. Ab und zu Schmerzen in der rechten Seite, aber geringer, wie früher.

5. 9. vorletzte Menstruation von 8tägiger Dauer, 6. 10. letzte Menstruation von 4tägiger Dauer.

Uterus gut anteflektirt, etwas nach links geneigt, Cervix durch einen empfindlichen Strang nach rechts hinten gezogen. Linkes Ovarium scheint etwas fixirt zu sein. Heisse Ausspülungen.

25. 11. Menstruation diesmal von 5tägiger Dauer, stark. Uterus gut anteflektirt, rechtsseitiger Strang nicht mehr empfindlich.

23. 2. 93. Uterus anteflektirt.

9. 11. 93. Menstruation dauert 3—5 Tage, ist ebenso stark, wie vor der Operation, tritt aber in 4wöchentlichem Intervall auf und ohne Schmerzen, trotzdem Pat. siebhautähnliche Stücke verliert. Keine Beschwerden.

Uterus anteflektirt, Fundus etwas nach links geneigt, Cervix durch Stränge nach rechts hinten gezogen. Link. Ovarium beweglich, recht. fixirt.

22. 12. 93. Wegen der vorhandenen Endometritis exfoliativa wurden 3 Aetzungen vorgenommen und die beschriebenen Stränge gedehnt. Bei der letzten Menstruation gingen weniger Hautstücke ab. Pat. fühlt sich wohl. Massage, rechtes Ovarium wird aus den Strängen losgelöst und bis zur Symphyse gezogen. Aetzung.

4. 4. 94. Keine Beschwerden. Uterus anteflektirt.

Beobachtungsdauer: 20 Monate.

Fall 133. 28. 7. 1892. Fräulein Sa., 31 Jahre. Leidet an Herzklopfen und Kopfschmerzen, Aufstossen, weissem Fluss. Menstruation stark, von 8tägiger Dauer, in 4wöchentlichem Intervall. Schmerzen in der linken Seite.

Status: Hymen intact, Uterus retrovertirt, reponibel.

6. 8. Curettement, Vaginofixation.

16. 8. Pat. wird geheilt entlassen.

10. 10. Nach längerem Gehen Schmerzen in der linken Seite. Der Fluor ist verschwunden. Menstruation 2 Mal dagewesen, ebenso stark wie früher.

28. 4. 93. Pat. klagt nur über Fluor. Es wird ein definitiver Faden entfernt. Uterus gut anteflektirt.

Beobachtungsdauer: 9 Monate.

Fall 134. 9. 8. 1892. Frau Schi., 25 Jahre. Vor 4 Jahren 1. Geburt (Eklampsie), vor 1½ Jahren 2. Geburt. Seit 8 Monaten Schmerzen in der linken Seite. April 1891 Ring, den Pat. 8 Wochen trug.

Status: Uterus anteflektirt, beide Ovarien fixirt, rechtes lässt sich ohne weiteres aus den Verwachsungen lösen. Bedeutender Fluor. Curettement vorgeschlagen.

15. 8. 92. Uterus liegt heute retrovertirt. Deswegen wird nach Auslösung des linken Ovarium (nach B. S. Schultze) und Curettement gleich die Vaginofixation angeschlossen (2 provisorische Nähte). Darnach Aetzung des Uteruscavum mit 50proc. Chlorzinklösung.

26. 8. Pat. wird mit anteflektirtem, noch etwas grossem Uterus und beweglichen Ovarien ohne Beschwerden entlassen.

27. 12. 92. Pat. hat ausser Ausfluss keine Beschwerden, ist bedeutend stärker geworden. Uterus gut anteflektirt. Entfernung der definitiven Suturen.

24. 6. 93. Pat. glaubt abortirt zu haben.

3. 7. 93. Schmerzen in der linken Seite. Linkes Ovarium wird aus leichten Verklebungen gelöst.

10. 10. 93. Pat. bekommt nur vor dem Unwohlsein Schmerzen in der linken Seite. Dasselbe ist stark, 4tägig.

Uterus in normaler Anteversio-Flexio, beweglich. Linkes Ovarium beweglich, lässt sich bis zur Symphyse ziehen, ist druckempfindlich.

25. 1. 94. Pat. hatte ab und zu Schmerzen in der linken Seite, und das linke Ovarium wurde mehrmals aus leichter Verklebung gelöst. Uterus normal gelagert.

15. 2. 94. Nach mehreren Massagesitzungen Verschwinden aller Beschwerden.

Beobachtungsdauer: 18 Monate.

Fall 135. 26. 8. 92. Frau B., 24 Jahre. Seit 3 Jahren verheirathet. Mann vor 12 Jahren Gonorrhoe. Im ersten Jahr der Ehe 2 Aborte. Seitdem hat Pat. fast fortwährend Blutungen, wegen derer sie schon 3 Mal angeblich curettirt und geätzt worden ist.

Status: Uterus retroflektirt, fixirt, nicht reponibel.

31. 8. 92. Wegen sehr fester kurzer Verwachsungen der hinteren Uteruswand nach rechts hinten gelingt die Reposition auch in Narkose nicht. Curettement. Nach der Vaginofixation (4provisorische Nähte) liegt der Uterus gut anteflektirt. Aetzung mit 50proc. Chlorzink.

1. 11. Seit dem 30. 10. heftige Rückenschmerzen. Daher am 5. 11. elastischer Zug nach Chrobak.

14. 11. Inzwischen Menstruation von 1tägiger Dauer. Pat. hat gar keine Beschwerden mehr. Zugmassage.

17. 11. Uterus gut anteflektirt, völlig beweglich, die Stränge nach

rechts hinten spannen sich erst an, nachdem der Uterus in toto bis fast zur Symphyse gezogen.

Im December 1892 und Januar 1893 traten wieder die früheren Blutungen ein. Es wurde daher nach Dilatation des Uterus mit Laminaria und Jodoformgazetamponade im Februar und März 1893 eine energische Aetzbehandlung (50proc. Chlorzink) eingeleitet mit dem Effect, dass die Menstruation erst am 23. 5. 93 wieder auftrat und nur 2 Tage dauerte. Am 14. 3. wurde der letzte definitive Faden entfernt.

2. 6. 93. Ausser Ausfluss keine Beschwerden. Uterus anteflektirt.

Beobachtungsdauer: 9 Monate.

Fall 136. 19. 8. 92. Frau Woss., 33 J., 1 Partus vor 9 Jahren. Hat seit einem Jahre fortwährende Schmerzen in der rechten Seite und Kreuzschmerzen. Menstruation 4tägig.

Status: Retroflexio uteri, perimetritische hintere Stränge, linksseitiger Cervixriss.

5. 9. Vaginofixation, linksseitiger Emmet.

13. 9. Uterus anteflektirt. Geheilt entlassen.

27. 10. Pat. klagt über Schmerzen in der rechten Seite. Die Kreuzschmerzen sind verschwunden. Menstruation diesmal von 8tägiger Dauer, stärker wie sonst, etwas Fluor.

Uterus anteflektirt, Muttermund klein, Stränge nach rechts hinten (Befund durch Herrn Geheimrath Dohrn bestätigt).

1. 11. Zweimaliger elastischer Zug nach Chrobak beseitigt die Schmerzen.

5. 4. 93. Seit dem 4. 4. 93 starker Fluor. Entfernung der 3 definitiven Nähte.

19. 10. 93. Seit 3 Wochen heftige Kreuzschmerzen. Menstruation regelmässig, kein Fluor.

Uterus klein, anteflektirt. Stränge nach rechts hinten. Manuelle Dehnung derselben. Heisse Ausspülungen.

Beobachtungsdauer: 14 Monate.

Fall 137. 7. 9. 92. Frau Se., 25jährige Op., wünscht Nachkommenschaft.

Status: Uterus retrovertirt, hintere perimetritische Stränge, linkes Ovarium fixirt.

In Narkose gelingt die Auslösung des Ovarium leicht, Uterus lässt sich reponiren. Vaginofixation.

29. 9. Menstruation geringer, wie früher.

27. 10. 92. Menstruation von 8tägiger Dauer, vorher Schmerzen, sonst garkeine Schmerzen. Uterus anteflektirt, beweglich, Ovarien ebenfalls beweglich.

9. 3. 93. Pat. klagt über Fluor und unregelmässige Blutungen. Es werden 2 Fäden entfernt. Status idem.

18. 11. 93. Pat. hat vor mehreren Monaten schwer gehoben, seitdem dauert die Menstruation wieder wie früher 9 Tage und tritt alle drei Wochen ein.

Uterus retrovertirt.

Beobachtungsdauer: 14 Monate.

Fall 138. 7. 9. 92. Frau Gr., 34 Jahre, 5 Partus.

Pat. klagt über Blutungen, die manchmal alle 14 Tage eintreten und

von 4—5tägiger Dauer sind. Pat. trägt seit 4 Jahren mit Unterbrechungen einen Ring. Kreuzschmerzen, Bohren im Unterleib, Schwäche.

Status: Uterus retrovertirt, vergrössert, nach rechts hinten durch feste Verwachsungen fixirt.

9. 9. In Narkose gelingt trotz zahlreicher hinterer perimetritischer Stränge die Reposition. Curettement, Vaginofixation, keilförmige Excision der Portio.

Vom 13. 9. an trat Fieber auf bis zu 40°, die Besichtigung der Wunden zeigte, dass sich aus den Stichkanälen etwas Eiter entleerte. Entfernung der Nähte. Trotzdem erfolgte am 16. 9. der Tod an septischer Peritonitis.

Fall 139. 19. 12. 92. Fräulein Mundt, 38jährige Op. Pat. ist 2 mal laparotomirt, das rechte Ovarium ist ganz, das linke theilweise entfernt. Winter 1890/91 vierteljährige Massage (Dr. Dührssen), wodurch es gelang, den fest mit dem Kreuzbein verwachsenen, retrovertirten Uterus aus seinen Verwachsungen zu befreien und zu reponiren. Doch war es nicht möglich, ihn durch einen Ring in Anteflexion zu erhalten. Immerhin aber war Pat. wieder arbeitsfähig geworden, bis sich im Herbst 1892 die alten Beschwerden, Kreuzschmerzen, Schmerzen in der linken Seite, unregelmässige Blutungen, Fluor wieder einstellten.

Am 28. 9. 92 wurde die Vaginofixation mit 4 provisorischen Nähten ausgeführt, nachdem auch die Narkosenuntersuchung den Uterus als irreponibel erwiesen. Ring.

19. 12. 92. Uterus liegt noch anteflektirt, nachdem der Ring bereits einen Monat fortgelassen. Die Beschwerden sind dieselben. 2 Fäden entfernt.

18. 1. 93. Uterus liegt retrovertirt. Da Pat. um jeden Preis alle ihre Beschwerden los werden will, so wird die dritte Laparotomie vorgenommen, der Uterus aus seinen Verwachsungen mit den Därmen befreit und von oben her totaliter exstirpirt. Die Plica vesico-uterina zeigte sich in die Höhe geschoben und es war ein Faden sichtbar, der also in der freien Peritonealhöhle lag.

Die Reconvalescenz war durch eine Thrombose der linken Saphena verlängert.

31. 10. 93. Pat. ist völlig gesund.

Fall 140. 17. 12. 92. Frau Berg., 44 Jahre, 5 Geburten, letzte vor 5 Jahren. Trägt seit 4 Jahren einen Ring, der immer grösser genommen werden musste. Wegen Schmerzen hat Pat. den Ring vor acht Tagen herausgenommen. Incontinentia urinae. Menstruation regelmässig, schwach, von 4tägiger Dauer.

Status: Prolaps beider Vaginalwände, Uterus vergrössert, retrovertirt, linksseitiger Cervixriss, welcher mit einer Narbe in das Parametrium ausstrahlt, hintere perimetritische Stränge.

29. 12. 92. Curettement. Vaginofixation mit Chromcatgutnähten, linksseitiger Emmet, Kolpoperineorrhaphia posterior nach Hegar.

14. 1. 93. Uterus anteflektirt, Plastik tadellos geheilt, Vulva lässt nur einen Finger passiren. Pat. wird geheilt entlassen, da sämmtliche Beschwerden, auch die Incontinenz, geschwunden.

21. 9. 93. Pat. hatte ab und zu Schmerzen in der linken Seite, welche jedesmal rasch durch elastischen Zug beseitigt wurden. Die Menstruation tritt 4wöchentlich auf, dauert 3 Tage ohne Schmerzen, während sie früher unter Schmerzen 8 Tage dauerte.

Uterus gut anteflektirt, durch die hinteren Fixationen retroponirt.
Anm. b. d. Corr.: 16. 5. 94. St. id.
Beobachtungsdauer: 16½ Monate.

Fall 141. 22. 1. 93. Frau Hutz. hat seit der letzten Geburt Vorfallsbeschwerden. Sie ist deswegen schon operirt und hat durch den Katheterismus im Anschluss an die Operation eine Cystitis acquirirt, von der sie häufigen Urindrang und Schmerzen beim Urinlassen zurückbehalten hat.

Status: Uterus stark vergrössert, retrovertirt, fixirt, aber reponibel. Ectropium. Der Damm ist lang, stellt aber in seiner vorderen durch Plastik erzielten Hälfte nur eine dünne Hautbrücke dar, so dass beide schlaffen Vaginalwände sich zur Vulva herausdrängen.

Curettement, Vaginofixation mit 3 Chromcatgutsuturen, nach welcher der Uterus anteflektirt, etwas nach rechts geneigt liegt. Excision des Ectropium, Excision eines Ovals aus der hinteren Scheidenwand, dessen untere Spitze am Frenulum ausläuft. Vernähung des letzteren mit fortlaufendem Catgutfaden.

Trotz tadelloser Heilung bestehen nach Bericht des behandelnden Arztes, Herrn Dr. Krause in Vietz, die Beschwerden fort.

18. 3. 93. Pat., die einen hysterischen Eindruck macht, klagt über so furchtbare Vorfallsbeschwerden, dass sie garnicht stehen kann, und über die Blasenbeschwerden. Uterus anteflektirt, im Stehen drängt sich die vordere Vaginalwand etwas aus der Vulva heraus. Die Kystoskopie (Nitze) ergiebt normale Verhältnisse.

19. 3. ausgiebige Kolporrhaphia anterior und Kolpoperineorrhaphia posterior.

3. 4. Mit linearer Heilung der Wunden und anteflektirtem Uterus, aber denselben Beschwerden entlassen.

20. 4. Das Drängen besteht noch, ebenso das Gefühl, als ob der Leib wegfallen wollte, wobei die Pat. auch nur schwer Luft bekommt. Uterus anteflektirt.

15. 2. 94. Pat. klagt beim Stehen und Gehen über Drängen in der Blase nach unten. Der Damm ist restistent, Vulva und Vagina lassen 2 Finger passiren. Der Uterus ist klein, etwas retroponirt aber anteflektirt. Die vordere Scheidenwand drängt sich, trotzdem die Portio eher hinter die Spinallinie gerückt ist, blasenförmig in die Scheide hinein.

Diagnose: Cystocele.

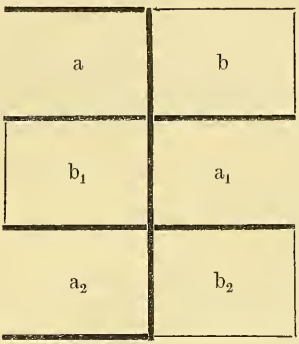
11. 4. 94. Patientin klagt beim Stehen und besonders beim Gehen über unerträgliches Drängen nach unten. Nach dem Urinlassen ist dasselbe für einen Moment fort. Ausserdem hat sie ein Gefühl von Schwere und Haltlosigkeit im Leib.

Die Untersuchung in Narkose ergiebt einen sehr langen resistenten Damm. Die Vulva schliesst. Nur beim Herunterdrücken des Dammes sieht man, wie die vordere Scheidenwand sich blasenförmig in das Scheidenlumen hineindrängt. Der Uterus liegt etwas retroponirt, aber anteflektirt.

Es wird zur Heilung der Cystocele die Lappenplastik nach Fritsch vorgenommen: die vordere Scheidenwand durch einen Längsschnitt gespalten und seitlich von demselben die drei Lappen a, a_1, a_2 und die gegenüberliegenden Wundflächen b, b_1, b_2 hergestellt. Durch je eine versenkte Catgutnaht wird die Basis des Lappens soweit nach der gegenüberliegenden Wundfläche b, b_1, b_2 herübergezogen, dass der

Lappen sich ohne jede Spannung über die Anfrischungsstelle herüberlegt. Theils durch Silkworm-, theils auch durch Catgutnähte werden die Lappen unter sich und mit den correspondirenden Wundrändern vernäht, vorher war die freigelegte Blasenwand bereits durch mehrere sagittale Catgutknopfnähte verkleinert worden. Das obere und untere

Fig. 2.



Ende des ersten medialen Schnittes wird noch für sich durch einzelne Nähte geschlossen. Am Damm wird noch eine halbmondförmige Anfrischung gemacht, dieselbe mit fortlaufendem Catgutfaden geschlossen und hierdurch die Vulva so verengt, dass sie kaum noch einen Finger passiren lässt.

22. 4. 94. Bis jetzt völlig normaler Verlauf. Dammwunde per primam geheilt.

Beobachtungsdauer: 15 Monate.

Fall 142. 24. 1. 1893. Fräul. Wothge, 21 Jahre, leidet an so heftigen wehenartigen Schmerzen während der 8tägigen Menstruation, die 4wöchentlich auftritt, dass sie die zwei ersten Tage liegen muss. Einen Ring, der ihr im November 92 eingelegt wurde, konnte sie wegen starker Schmerzen nicht länger wie 8 Tage tragen.

25. 1. 93. Vaginofixation mit 3 Chromcatgutnähten.

Die Untersuchung in Narkose ergiebt einen stark verdickten, spitzwinklig retroflektirten Uteruskörper. Ovarien beweglich. Curettement fördert massenhafte Wucherungen heraus.

Bereits 8 Tage später lag der Uterus retrovertirt, so dass Pat. am 8. 2. 93 einen Ring bekam. Vom 25. 5. 93 an klagte Pat. über heftigen Pruritus vulvae, vom 16. 6. an wieder über mehr Schmerzen bei der Menstruation, obgleich der Uterus anteflektirt lag.

31. 8. 93. Wegen genannter Beschwerden wird die zweite Vaginofixation vorgenommen, nachdem der 8½ cm lange Uterus dilatirt und curettirt war.

Die Durchtrennung der ca. 4 cm hohen Narbe muss mit der Scheere geschehen, wobei dieselbe zuerst in die Uterussubstanz geräth. Das darüber liegende Gewebe lässt sich ca. 1 cm hoch leicht vom Uterus mit dem Finger ablösen, worauf der Finger an das verdickte Peritoneum gelangt. Es werden 5 provisorische Nähte, und zwar die letzte nach Eröffnung der Plica vesico-uterina direkt quer

durch den Fundus gelegt. Die Fixation erfolgt durch 3 über den Wundrand geknotete Seidennähte. Sagittale Wundverziehung.

Nach beendeter Operation liegt der Uterus ausgezeichnet anteflektirt.

28. 9. 93. Keine Beschwerden. Uterus gut anteflektirt. Entfernung der Fäden.

16. 10. 93. Pat. hatte vor 8 Tagen die Menstruation 5tägig, aber mit so geringen Schmerzen, dass sie nicht zu Bett liegen brauchte. Der Pruritus ist verschwunden. Der Uterus liegt in Retroversionsstellung anteflektirt.

25. 1. 94. Nach brieflicher Mittheilung hat Pat. wieder solche Dysmenorrhoe, dass sie mindestens einen Tag liegen muss. Menstruation tritt alle 5 Wochen ein. Nach längeren Wegen Rückenschmerzen.

Fall 143. Wittwe Preus aus Charlottenburg (durch Herrn Dr. Feilchenfeld zugewiesen).

Klagt über Kreuzschmerzen, Drängen nach unten, ist ohne Erfolg mit Pessarien behandelt.

Uterus vergrössert, retroflektirt, reponibel, beide Ovarien beweglich, hintere para- und perimetritische Stränge, sehr schlaffe, faltige hintere Vaginalwand.

28. 1. 93. Vaginofixation mit Chromcatgutnähten. Curettement. Kolpoperineorrhaphia posterior nach Hegar.

8. 2. 93. Pat. steht auf. Uterus anteflektirt. Plastik per primam geheilt.

6. 11. 93. Das Drängen nach unten, die Kreuz- und Kopfschmerzen sind verschwunden. Nur 8 Tage lang vor der Menstruation, die vierwöchentlich und dreitägig auftritt, hat Pat. Herzklopfen, Kopfschmerzen und Schwäche.

Vulva schliesst, Uterus klein, retrovertirt, reponibel.

Beobachtungsdauer 9½ Monate.

Fall 144. 9. 2. 93. Frau Wolter, 33jährige VIp., hat zuletzt am 27. 9. 92 geboren und ist kürzlich wegen 8wöchentlicher Blutung in der Charité curettirt. Sie klagt jetzt über Kreuzschmerzen und Brennen in der linken Seite.

Uterus retrovertirt, vergrössert, reponibel, wird aber durch zahlreiche perimetritische Stränge sofort wieder in Retroversion gezogen. Ovarien beweglich. Ektropium, linksseitiger Cervixriss.

11. 2. 93. Vaginofixation mit 3 Chromcatgutsuturen und linksseitiger Emmet.

Pat. hatte gerade ihre Menstruation bekommen. Daher waren die Gewebe sehr blutreich, Uterus sehr weich.

25. 2. 93. Entfernung der 3 Seidensuturen. Cervixriss geheilt. Uterus anteflektirt.

19. 5. 93. Pat. hat seit dem Umzug am 1. April Ziehen zwischen den Schulterblättern und Kopfschmerzen. Menstruation vom 14.—19. 5. sehr stark. Uterus gut anteflektirt, Muttermund klein, Ovarien beweglich, rechtes wallnussgross. Kalte Abreibungen verordnet.

7. 4. 94. Pat. war bis zum 27. 1. 94, wo sie wegen Abortus nach 8wöchentlicher Gravidität von anderer Seite curettirt wurde, ganz gesund. Seitdem bestehen die früheren Kopfschmerzen und die Obstipation wieder. Menstruation in 4wöchentlichem Intervall, sehr stark.

Uterus liegt absolut normal, ist hart, vergrössert, Adnexe normal. Intrauterine Chlorzinkätzung wegen Endometritis.
12. 4. 94. St. id.
Beobachtungsdauer 14 Monate.

Fall 145. 6. 2. 93. Frau Diehr, 32jährige IVp. Pat. klagt über Fluor und starke Menses, die, 4tägig, alle 2—3 Wochen unter heftigen Kreuz- und Leibschmerzen auftreten.
Pat. ist sehr anämisch. Uterus retrovertirt, trotz perimetritischer hinterer Stränge reponibel.
11. 2. 93. Curettement, Vaginofixation mit 3 Chromcatgutnähten. Kolpoperineorrhaphia posterior.
25. 2. 93. Geheilt mit anteflektirtem Uterus entlassen.
3. 11. 93. Uterus retroflektirt, durch perimetritische Stränge nach rechts hinten gezogen. Vulva schliesst, resistentes Septum rectovaginale.

Fall 146. 14. 2. 93. Frau Schneider, 30jährige IIIp., klagt über Kreuzschmerzen und Fluor und glaubt im 8. Monat schwanger zu sein. Letzte Menstruation 30. Jan. d. J., stets regelmässig, 4wöchentlich, 3—4tägig.
Uterus retrovertirt, rechtes Ovarium fixirt, linkes beweglich. Perimetritische Stränge zwischen Uterus und rechtem Ovarium.
16. 2. 93. Vaginofixation mit 3 Chromcatgutnähten. Lösung des rechten Ovarium aus den Verwachsungen.
4. 3. 93. Uterus anteflektirt, rechtes Ovarium vergrössert und empfindlich. Ichthyoltampon.

Fall 147. 29. 12. 92. Frau Grunwald, 33jährige IVp., hat zuletzt August 1892 geboren. Menses 3wöchentlich, 8tägig. Pat. klagt über Kreuzschmerzen, die seit 3 Wochen bestehen.
Uterus vergrössert, retrovertirt, nach rechts und links hinten perimetritische Stränge.
13. 3. 93. Uterus liegt in den verschiedensten Ringen retrovertirt.
18. 3. 93. Vaginofixation (3 Chromcatgutnähte).
8. 11. 93. Uterus retrovertirt, vergrössert, hart.

Fall 148. 19. 12. 92. Frau Grune, 33jähr. VIp., hat zuletzt vor 5 Jahren geboren. Sie klagt über starke Kreuzschmerzen, welche durch Ringe, die sie verschiedentlich getragen, noch gesteigert wurden, sowie über 6tägiges starkes Unwohlsein und Fluor.
4. 2. 93. Abort von 2 Monaten, manuelle Ausräumung und Curettement.
22. 3. Nachdem verschiedene Ringe ohne Erfolg zur Anwendung gezogen, wird die Vaginofixation mit 3 Chromcatgutsuturen gemacht. Die Untersuchung in Narkose ergab den Uterus vergrössert, retroflektirt, im Douglas perimetritische Stränge, das rechte Ovarium fixirt.
11. 4. Kreuzschmerzen verschwunden, noch Schmerzen in der linken Seite. Uterus anteflektirt.
25. 4. Uterus retrovertirt.
8. 7. Pat. wurde weiterhin an profusen Blutungen und heftigen Schmerzen in der verschiedensten Weise behandelt.
3. 11. 93. Uterus stark vergrössert, retroflektirt, wegen starker Empfindlichkeit der Stränge im Douglas nicht reponibel. Zweite Vaginofixation vorgeschlagen.

Fall 149. 1. 2. 1892. Frau L., 41 Jahre, 2 Geburten vor 18 resp. 11 Jahren. Seit 1 Jahre Vorfall, Menstruation in 4wöchentlichem Intervall bis zu 8tägiger Dauer.

Uterus stark vergrössert, gesenkt, retroflektirt, starke Hypertrophie und follikuläres Ektropium der Portio.

Pat. wurde der Ringbehandlung unterzogen, mit dem Effekt, dass die früheren sehr heftigen Kopfschmerzen nach Reposition des Uterus und Einlegen eines Celluloidringes dauernd schwanden. Die Portiohypertrophie nahm dagegen zu. Es wird daher der Pat. die Portioamputation und Vaginofixation vorgeschlagen, letztere, nachdem constatirt war, dass nach 24stündiger Entfernung des Ringes der Uterus wieder retroflektirt lag.

26. 3. 93. Curettement. Vaginofixation mit 3 Chromcatgutsuturen. Darauf wird der primäre Schnitt im vorderen Scheidengewölbe nicht vernäht, sondern, nach Spaltung der Portio, noch oberhalb desselben, also supravaginal, die vordere Lippe keilförmig excidirt und der Scheidenwundrand, statt wie sonst auf die Portio aufgenäht, mit der Cervicalschleimhaut vernäht. Die hintere Lippe wird in der gewöhnlichen Weise keilförmig excidirt, vernäht und die Seitenschnitte vereinigt.

Nach der Operation liegt der Uterus anteflektirt in Retroversionsstellung, weil die straffgespannte vordere Vaginalwand nicht nur den Fundus, sondern auch den neugebildeten Muttermund sehr stark nach vorn zieht.

3. 4. 93. Entfernung der vorderen Seidenfäden.

4. 4. 93. Uterus in der Beckenachse, etwas anteflektirt. Pat. wird auf Wunsch entlassen. Sie hat gar keine Beschwerden, bekam nur jedes Mal nach Einlegung eines 5procentigen Jodoformgazestreifens sehr heftige Kopfschmerzen.

10. 4. Herausnahme sämmtlicher Fäden. Uterus ganz bedeutend verkleinert, in normaler Anteversio-flexio.

6. 11. 93. Laut brieflicher Mittheilung fühlt Pat. sich so wohl, dass ich sie getrost als geheilt entlassen könnte.

Fall 150. Frau Baronin B., 39jährige Op, zum zweiten Male seit Januar 1893 verheirathet, klagt über sehr heftige Schmerzen während der 4tägigen, in 3wöchentlichem Intervall auftretenden Menstruation.

Uterus vergrössert, hart, retrovertirt.

15. 4. 93. Curettement nach Dilatation. Vaginofixation, trotzdem sich der Uterus wegen allgemeiner Verkürzung des rechten Ligaments nicht völlig reponiren lässt. Die Durchlegung der 4 provisorischen Nähte ist recht schwierig, da die Vagina sehr eng und rigide ist. Bei der Durchlegung der rechtsseitigen definitiven Chromcatgutsutur bricht die irrthümlich gereichte schwächere Nadel ab, verliert sich in der Uteruswand und kann erst nach vielen Schwierigkeiten aus der Tiefe der Uteruswand herausgegraben und entfernt werden. Nach vollendeter Operation liegt der Uterus anteflektirt, sein Fundus etwas nach rechts geneigt.

Der weitere Verlauf war absolut reactionslos; nachdem die Pat. noch eine ganz schmerzlose Menstruation durchgemacht, wurde sie am 2. 5. mit anteflektirtem Uterus geheilt entlassen.

13. 10. 93. Pat. hat nach Bericht in Folge schweren Hebens im 3. Monat abortirt.

30. 10. 93. Pat. befindet sich wohl.

26. 3. 94. Patientin ist seit dem 28. 1. 94 ohne Beschwerden schwanger.

Uterus anteflektirt, faustgross, kugelig, von ziemlich harter Consistenz.

Beobachtungsdauer $11^1/_3$ Monat.

Fall 151. 10. 4. 93. Frau Goede, 23jährige IIIp., hat zuletzt 8. 8. 92 abortirt. Seitdem Magenbeschwerden mit täglichem Erbrechen, Schwindel, Kreuzschmerzen, Fluor. Pat. hat 7 Monate einen Ring getragen, ohne ihre Beschwerden loszuwerden, magert immer mehr ab, ist meistens bettlägerig und arbeitsunfähig.

Uterus retroflektirt, vergrössert, reponibel, wird aber durch perimetritische Stränge sofort wieder nach hinten gezogen, Ovarien beweglich.

1. 5. 93. Vaginofixation mit 3 Chromcatgutsuturen.

3. 11. 93. Die Magenbeschwerden haben sich verloren, Appetit ist gut, Pat. ist arbeitsfähig, wenn sie auch noch Kreuz-, Leibschmerzen und etwas Fluor hat.

Die Untersuchung ergiebt den Uterus anteflektirt, klein, nach hinten und links zahlreiche perimetritische, empfindliche Stränge, beide Ovarien beweglich, linkes vergrössert und empfindlich.

Therapie: Elastischer Zug. Aetzungen des Endometrium.

Fall 152. Pfingsten 1893. Vaginofixation in der Breslauer Frauenklinik bei einer Op. mit fixirter Retroflexio. Nach links und links hinten zogen sich so kurze und feste perimetritische Stränge, dass eine Reposition des Uterus oder Zerreissung der Stränge auch in Narkose unmöglich war.

Fixation mit 3 Chromcatgutnähten, die aber in Folge zu starker Sterilisation in trockner Hitze sehr brüchig geworden waren, so dass ein Faden schon bei leichtem Anziehen riss.

Nach der Operation lag der Uterus anteflektirt in Retroversionsstellung, ein Dauererfolg wurde von vornherein als unwahrscheinlich hingestellt.

Im August wurde von Herrn Dr. Pfannenstiel auf meine Bitte die Pat. mit elastischem Zug und Massage behandelt, und Ende August zum zweiten Mal operirt.

Ueber die Operation schrieb mir Herr College Pfannenstiel gütigst Folgendes:

Der Uterus war vollständig retroflektirt, die Adhäsionen liessen sich leicht zerreissen, obwohl es deren zahlreiche waren. Die Blase fand sich an der alten Stelle, so dass die Operation sich ebenso gestaltete, wie die erste. Der Fundus wurde durch 5 Seidennähte mit der Vaginalwand vernäht.

Der Uterus lag nach der Operation stark antevertirt und Pat. wurde nach 10 Tagen mit den Nähten beschwerdefrei entlassen.

Fall 153. 7. 6. 1893. Frau Keul, 27jährige Mehrgebärende, hat Mai 92 zuletzt geboren, kurze Zeit genährt und leidet seit dem Absetzen des Kindes an starken Blutungen bis zu 12tägiger Dauer, mit 8—14tägigen Zwischenräumen.

Pat. ist abgemagert, anämisch. Uterus vergrössert, retroflektirt, leicht reponibel, rechtes Ovarium beweglich, linkes wird aus leichten Verklebungen gelöst. Curettement. Beim Herunterziehen des weichen Fundus Eröffnung der Plica vesico-uterina. 3 definitive Seiden-

nähte, welche die ganze Vaginalwand mitfassen und mit 3 Silkwormfäden verknotet werden, um sie später bequemer entfernen zu können. Durch quere Vereinigung mit fortlaufendem Catgutfaden Verwandlung der queren Wunde in einen sagittalen Wundspalt.

Uterus liegt nach beendeter Operation gut anteflektirt.

15. 6. 93 mit anteflektirtem Uterus entlassen.

3. 7. Entfernung zweier Seidenfäden und eines Stücks des dritten.

14. 7. Vom 8.—12. 7. sehr starke Menstruation.

5. 9. 93. Pat. hat keine Beschwerden. Uterus klein, anteflektirt.

Fall 154. Frau W. 16. 4. 1893 erster Partus (Zange). Kind todt. Wegen Vorfalls ist vor 8 Tagen ein Ring eingelegt. Patientin hatte auch Schmerzen im Kreuz, Drängen nach unten, Schmerzen in beiden Leisten, die trotz des Ringes weiter bestehen. Menstruation $5^1/_2$ Wochen p. p. sehr stark aufgetreten, 8tägig.

6. 6. 93. Pat. trägt einen Hodge, in welchem der Uterus anteflektirt liegt. Der künstlich retrovertirte Uterus kehrt sofort in Anteflexion zurück. Dammdefect, Inversion der hinteren Vaginalwand. Ring herausgenommen, da Pat. denselben nicht weiter tragen will.

10. 6. Uterus liegt anteflektirt.

12. 6. Der Uterus ist vergrössert, weich, liegt retrovertirt. Daher Curettement (das fungöse Massen entfernt) und Vaginofixation. Vier provisorische Nähte, 3 definitive Seidennähte, welche durch die ganze Dicke der vorderen Vaginalwand durchgelegt werden. Uterus von weisslicher Farbe, glasig durchscheinend, seine Substanz sehr brüchig, weswegen die 2 in die Portio eingesetzten Kugelzangen gleich ausrissen. Unterhalb der 3 definitiven Nähte, deren Fadenenden zur leichteren Entfernung ziemlich lang gelassen werden, wird die quere Wunde durch quere Vernähung mit fortlaufendem Catgutfaden in eine sagittale umgewandelt. Die Kugelzangenrisse werden durch 2 Catgutknopfnähte geschlossen.

Es folgt sodann Lappenspaltung am Damm mit 6 Seidenknopfnähten, darunter 3 tiefen.

29. 6. mit lineär geheiltem langen Damm und anteflektirtem Uterus entlassen. 8. 7. Uterus anteflektirt, Damm fest vernarbt.

14. 7. Keine Beschwerden. Entfernung zweier Fäden.

19. 7. 93. Entfernung des Knotens des letzten Fadens, so dass ein offenes Fadenende zurückblieb.

21. 2. 94. Pat. war zuletzt im September menstruirt und glaubt concipirt zu haben. Kindsbewegung seit Mitte Januar 1894. In der ersten Zeit der Schwangerschaft heftiger Druck nach unten und auf den Mastdarm, Schmerzen in den Leisten und im Kreuz, Nachts Urindrang, in der ersten Zeit auch am Tage. In der ersten Schwangerschaft waren diese Beschwerden nicht vorhanden.

Uterus in Nabelhöhe, Portio in der Spinallinie, Schädellage. Vagina lässt knapp 2 Finger passiren.

Anm. b. d. Corr.: 11. 8. 94. Pat. hat vor 8 Wochen normal und leicht geboren. Menstruation vor 14 Tagen zum ersten Mal eingetreten. Vulva schliesst, Uterus liegt in normaler Anteversioflexio, trotzdem Pat. nicht nährte.

Beobachtungsdauer: 14 Monate. In der Zwischenzeit normale Schwangerschaft.

Fall 155. 22. 6. 1893. Frau Kasch, 32 Jahre, hat seit einem Jahre die Menstruation in 2—3monatl. Intervall von 8tägiger Dauer, sehr stark, ausserdem Fluor, Kreuz-, Leibschmerzen. Ein Kind von 10 Jahren, vor 6 Jahren 1 Fehlgeburt.

Uterus retrovertirt, dicker kurzer Verbindungsstrang zwischen Uterus und Rectum. Reposition möglich, Ring eingelegt.

23. Pat. hat stärkere Kreuzschmerzen. Uterus anteflektirt. Ring entfernt.

26. 6. 93. Untersuchung in Narkose ergiebt zahlreiche Stränge nach rechts, mit denen das rechte Ovarium verwachsen ist, linkes Ovarium beweglich. Das rechte Ovarium wird aus den Verwachsungen gelöst. Curettement. Vaginofixation mit 3 definitiven, die ganze Vaginalwand durchsetzenden Seidensuturen, welche zum oberen Wundwinkel herausgeleitet werden. Darunter wird die Wunde mit quer geführter fortlaufender Catgutnaht vernäht. Zum Schluss Excision eines Ectropiums beider Lippen und Vernähung mit Catgutknopfnähten.

3. 7. Uterus stark anteflektirt. Pat. steht auf.

10. 7. Ausser Schwäche hat Pat. keine Beschwerden. Uterus gut anteflektirt und antevertirt. Gut formirter kleiner Muttermund. Wunde geheilt.

3. 9. 93. Pat. klagt nur noch über starken Fluor. Entfernung der 3 definitiven Nähte.

14. 9. 93. Kein Fluor mehr, keine Beschwerden. Uterus gut anteflektirt.

Fall 156. 2. 10. 1892. Fräulein J., 23jährige Op., klagt über Kopfschmerzen und Cessatio mensium seit Juni.

Uterus stark anteflektirt, weich, mannskopfgross. Colostrum.

16. 5. 93. Pat. ist vor 7 Wochen entbunden, Menstruation vor 2 Wochen eingetreten, stark, dauert mit Unterbrechungen bis jetzt an, Pat. fühlt sich sehr schwach, hat bei längerem Sitzen Kreuzschmerzen und Stiche in der linken Seite.

Uterus anteflektirt (?), weich, Stränge nach links hinten, Ovarien klein, beweglich. Ectropium, Sonde dringt leicht in das Cavum. Schleimig-blutiger Ausfluss. Aetzung.

19. Blutung stärker gewesen, Uterus liegt retroflektirt. Repositio. Ring.

20. Keine Blutung mehr.

3. 6. Uterus liegt anteflektirt im Ring. Blutung noch nicht dagewesen. Klagt über Schmerzen. Adnexe normal.

24. 6. Menstruation dauert vom 15. bis jetzt, ist stark, Pat. hat sehr viel Schmerzen.

Uterus liegt retroflectirt, hinterer Bügel des Ringes nach vorn. Reposition, stärker gekrümmter Ring (hinteres Scheidengewölbe abgeflacht durch Narbenstrang in der Schleimhaut).

3. 7. 93. Noch immer Blutung.

5. 7. 93. Vaginofixation, nachdem die Adnexe als normal befunden und der Uterus curettirt war. Die 3 definitiven Nähte werden auf der Vaginalschleimhaut eingestochen, durch den Fundus geführt, durch die ganze Vaginalwand, nahe am Wundrand, wieder ausgestossen und auf der Vaginalschleimhaut geknüpft, worauf sie lang abgeschnitten werden, und die Wunde im vorderen Laquear durch quere Vernähung in eine sagittal verlaufende umgewandelt wird.

Abtragung einer erbsengrossen Acuminatenwucherung der Urethralmündung und kleinerer an der Circumferenz der Vulva. Aetzung der gesetzten Wunden mit Argentum nitricum.

6. 7. 93. Abendtemp. 38,9. Entfernung des Gazestreifens und Scheidenausspülung.

15. 7. Geheilt entlassen.

21. 8. 93.. Menstruation dauert seit dem 16. 8., das Blut ist sehr übelriechend.

Uterus anteflektirt. Entfernung der 3 Fäden.

29. 8. Die Menstruation hat nach dem letzten Besuch gleich aufgehört. Keine Beschwerden. Uterus anteflektirt, Wunde geheilt.

Fall 157. 5. 7. 1893. Frau Pohle, 30 Jahre, hat 1 Mal vor 4 Jahren nach 1jähriger Ehe geboren und trug seitdem bis vor 1 Jahr einen Ring. Trotzdem litt sie an Kreuzschmerzen, Dysmenorrhoe, Fluor, Kopfschmerzen.

Uterus retroflektirt, vergrössert, Reposition sehr schmerzhaft, linkes Ovarium in Verwachsungen eingebettet, rechtes beweglich, aber sehr druckempfindlich.

7. 7. 93. Vaginofixation mit 3 Seidennähten.

15. 9. 93. Alle Beschwerden der Pat. sind bald nach der Operation verschwunden. Der Uterus liegt in normaler Anteversio-flexio, beide Ovarien sind beweglich. Der Uteruscatarrh, welcher noch in geringem Maasse bestand, wurde durch 3 Aetzungen mit Chlorzink beseitigt.

23. 2. 94. Pat. hatte am 30. 9. unwohl werden sollen. Die Menstruation zeigte sich dann noch einmal nach 6 Wochen 2 Tage, ganz schwach. Seit 3 Wochen spürt Pat. Leben. Im Anfang Erbrechen, seit 2 Monaten Drängen nach unten, fast von Anfang an zeitweise eigenthümliche brennende Schmerzen in der Scheide. Keine Urinbeschwerden. In der ersten Schwangerschaft keine Beschwerden ausser Kreuzschmerzen, die jetzt weniger stark sind.

Fundus steht fingerbreit über dem Nabel. Portio in der Spinallinie. Uterus von weicher Consistenz.

Anm. b. d. Corr.: 11. 8. 94. Am 28. 7. 94 nach 9stündiger Wehenthätigkeit spontane Geburt. Uterus stark antevertirt und anteflektirt.

Beobachtungsdauer: 13 Monate. In dieser Zeit normale Schwangerschaft.

Fall 158. Frau S., 33 Jahre, Schlächterfrau.

Seit 12 Jahren steril verheirathet. Menstruation regelmässig in $3^1/_2$ wöchentl. Intervall von 3—4tägiger Dauer, sehr stark. Fluor in letzter Zeit. Kreuzschmerzen und Krampf vor Eintritt der Menstruation. Schmerzen in der rechten Seite seit $^3/_4$ Jahren und Magenschmerzen. Ist bisher als magenleidend behandelt.

Uterus retrovertirt, klein, Orificium eng, starker schleimiger Fluor.

17. 7. Untersuchung in Narkose ergiebt Retroversio uteri mobilis, perimetritische Stränge nach hinten, ein Ovarium nicht zu fühlen, das andere beweglich. Discision und Versorgung der Wundwinkel durch je eine Naht, Eröffnung mehrerer Ovula Nabothi. Curettement entfernt reichliche fungöse Massen. Vaginofixation mit 2 provisorischen Nähten, Knüpfung der definitiven Nähte auf der Vaginalschleimhaut, Umwandlung der queren Wundöffnung im Scheidengewölbe in eine sagittale Wunde, was wegen starker Spannung ziemlich schwierig ist.

22. 7. Wunde in guter Heilung, Uterus anteflektirt. 20. 8. Entfernung der Fäden.

13. 9. Pat. hat die Unterleibsbeschwerden völlig verloren. Uterus liegt anteflektirt, Muttermund klafft. Die Magenbeschwerden bestehen noch und beruhen nach gütiger Mittheilung des Herrn Privatdocenten Dr. Rosenheim auf einem Enterospasmus.

Fall 159. 17. 7. 93. Fräul. Lehmann, 19jährige Virgo intacta, klagt über Schmerzen in der linken Seite und 1tägige, aber sehr schmerzhafte Menstruation. Uterus retrovertirt.

19. 7. 93. In Narkose findet man den Uterus stark vergrössert, trotz perimetritischer Stränge reponibel, die Ovarien beweglich. Es wird zunächst der Uterus dilatirt und dann Vaginofixation mit drei aussen geknüpften Seidennähten ausgeführt, nachdem das retrovesicale Bindegewebe mit einigen Scheerenschlägen durchtrennt und der Fundus mit 2 provisorischen Nähten heruntergezogen war.

4. 9. 93. Entfernung der Fäden.

12. 9. Kein Fluor mehr, keine Beschwerden, Menstruation stark. Uterus anteflektirt.

11. 11. 93. Pat. hat beim Laufen Schmerzen auf der rechten Seite, Menstruation regelmässig, 3—4tägig, Schmerzen bei derselben fast verschwunden. Uterus retroflektirt, reponibel, scharf gespannter Strang im Douglas. Massage. 13. 11. Ring.

23. 11. Pat. hat grössere Schmerzen, trotzdem der Uterus gut im Ring liegt. Ring entfernt.

20. 1. 94. Pat. klagt über Schmerzen. Uterus liegt sehr gut anteflektirt, ist vergrössert, Portio steht in der Spinallinie, linkes Ovarium normal beweglich, rechtes etwas fixirt. Strang im Douglas. Heisse Ausspülungen verordnet.

Anm. b. d. Corr.: 3. 7. 94. Pat. klagt über Cessatio mensium seit Mitte Mai. Chlorose. Uterus liegt normal.

Beobachtungsdauer: $11^1/_2$ Monate.

Fall 160. 22. 12. 1892. Frau Döring, 30 Jahre, Multipara.

Trägt seit längerer Zeit einen Ring, 5. 12. 92 ist Vesicofixation gemacht. Uterus in der Beckenachse. Ring.

25. 2. Nach 5tägiger Entfernung des Ringes liegt der Uterus retrovertirt. Repositio. Ring.

28. 8. 93. Da Pat. durch starken Ausfluss sehr belästigt wird, so wird heute Curettement und Vaginofixation vorgenommen, nachdem die Untersuchung einen stark vergrösserten Uterus und ein vergrössertes Ovarium festgestellt hatte. Die fixirenden 3 Seidennähte wurden über den Wundrand weg geknüpft. Darauf wurde ein sagittaler Keil aus der vorderen Cervixwand excidirt und die Wunde mit Silkwormnähten vereinigt, während die darüber liegende Wunde im vorderen Scheidengewölbe durch einen fortlaufenden Catgutfaden in einen sagittalen Wundspalt umgewandelt wurde. Danach Kolpoperineorrhaphia posterior nach Hegar. 9. 10. Entfernung der Fäden.

19. 10. 93. Pat. hat keine Beschwerden. Der Damm ist lang, Vagina nur für 1 Finger durchgängig, Uterus ist kleiner geworden, liegt in normaler Anteversio-flexio, Portio gut formirt.

30. 1. 94. Pat. wurde noch einige Male wegen Endometritis mit intrauterinen Chlorzinkätzungen behandelt; in Folge derselben liess die

Stärke der Menstruation nach, die letzte Menstruation war nur 5tägig und mässig stark.

Uterus kleiner geworden, in normaler Anteversio-flexio, Portio in der Spinallinie. Es besteht nur noch Kolpitis. Vaginale Chlorzinkausspülungen verordnet.

23. 2. Letzte Menstruation nur 3tägig. Status idem.

Anm. b. d. Corr.: 9. 7. 94. Wieder etwas Kolpitis, sonst Wohlbefinden. Uterus von normaler Grösse und Lage.

Beobachtungsdauer: 10½ Monate.

Fall 161. Frau M. hat mehrere Male geboren, klagt über Schwäche, Kreuzschmerzen, Magenbeschwerden, Erbrechen, Fluor, hat eine Cur in Elster ohne Erfolg gebraucht.

Uterus retrovertirt, vergrössert, hart, reponibel, massenhafte perimetritische Stränge nach rechts und links hinten, beide Ovarien beweglich, Ectropium beider, besonders der hinteren Lippe. Anämie.

29. 8. 93. Curettement, Vaginofixation mit 3 Seidensuturen, welche über den Wundrand weg geknotet werden, sagittale Wundverziehung. Excision des Ectropium und Vernähung mit Silkwormfäden.

Uterus liegt nach der Operation anteflektirt in Retroversionsstellung.

4. 9. 93. Uterus liegt anteflektirt, Wunde im vorderen Scheidengewölbe in guter Heilung begriffen.

7. 9. Uterus anteflektirt. Sämmtliche Beschwerden, besonders das Erbrechen, haben nach der Operation aufgehört. Appetit ist gut. Pat. bekommt schon Farbe im Gesicht. Geheilt entlassen.

19. 9. Uterus anteflektirt. Fluor sehr gering. Uterus noch vergrössert.

8. 10. 93. Menstruation ist sehr stark gewesen. Entfernung sämmtlicher Fäden. Uterus anteflektirt.

10. 11. 93. Keine Beschwerden. Uterus anteflektirt, klein, beweglich.

23. 2. 94. Pat. hatte am 23. 11. 93 die letzte Menstruation und abortirte, ohne zu wissen, dass sie schwanger sei, Anfang Febr. 94. In der Schwangerschaft hatte sie gar keine Beschwerden und hantirte in ihrem Schlächterladen wie gewöhnlich.

Uterus in normaler Anteversio-flexio, kaum vergrössert. Portio in der Spinallinie.

Beobachtungsdauer: 6 Monate. Schwangerschaft.

Fall 162. 26. 8. 93. Frau Kuschik, 32 Jahre, hat 2 Mal geboren, zuletzt vor 4 Jahren. Danach 6wöchentliche Blutung. Menstruation in 3wöchentlichem Zwischenraum, 4—5tägig, stark. Bis Pfingsten 93 hat Pat. 1 Jahr lang einen Ring getragen. Sie klagt über sehr heftige Schmerzen im Unterleib und Fluor.

Uterus retrovertirt, vergrössert, hart, leicht reponibel, perimetritische Stränge nach links hinten, die den Uterus sofort wieder nach der linken Seite und dann nach hinten ziehen. Linkes Ovarium beweglich, rechtes fixirt.

1. 9. 93. Vaginofixation mit 3 provisorischen und 3 definitiven Nähten. Letztere werden über den Wundrand geknotet. Sagittale Wundverziehung. Excision eines Ectropium und Naht mit Silkworm.

9. 9. 93. Pat. wird mit normalem Genitalbefund wegen hochfieberhafter Enteritis (durch Obstgenuss) in ein Krankenhaus verlegt, wo

trotz Beigabe eines ausführlichen Berichts und entsprechender Bitte um Liegenlassen der Fäden, die Fäden bereits am 13. 9. entfernt wurden.

17. 10. 93. Keine Schmerzen. Uterus anteflektirt, bedeutend verkleinert, rechts hinten ein hartes, unempfindliches Exsudat. Entfernung eines Fadens.

23. 10. 93. Pat. klagt über Kreuzschmerzen. Das Exsudat geht nicht mehr fest an den Uterus heran. Derselbe ist beweglich, linkes Ovarium wallnussgross. Entfernung eines Fadens.

20. 1. 94. Pat. hat durch Genuss von Commissbrot abermals Brechdurchfall bekommen. Menstruation nicht mehr so stark, wie vor der Operation.

Uterus sehr gut anteflektirt, beweglich. Exsudat liegt nur noch als geringe Verdickung, deren obere Grenze das rechte Ovarium bildet, der seitlichen Beckenwand an.

Beobachtungsdauer: 5 Monate.

Fall 163. Frau Hein, 30 Jahre, hat im September 1892 zum ersten Mal geboren (Steisslage, 2 Dammincisionen). Kind † (Halsumschnürung). Seitdem Schmerzen in der rechten Seite, besonders vor und nach dem Unwohlsein, welches 4wöchentlich eintritt und 2 Tage schwach dauert. Fluor. Leib quillt ganz hervor. Vor Weihnachten gastrisches Fieber, hysterische Anfälle.

Vulva klafft, hintere und vordere Vaginalwand gesenkt, Uterus steht 1 cm unter der Spinallinie, ist klein, anteflektirt, nach links lacerirt bis zum Laquear, schleimiger Fluor.

2. 9. 93. Die Untersuchung in Narkose ergiebt Retroversio uteri, perimetritische Stränge im Douglas, beide Ovarien beweglich, Narbenstrang als Fortsetzung des Cervixrisses.

Curettement, Vaginofixation ohne provisorische Ligatur, 3 Nähte über den Vaginalwundrand geknüpft, sagittale Wundverziehung, Lappenspaltung an der Cervix (2 Suturen), Lawson-Tait (|_|). Dauer der 3 letzten Operationen ½ Stunde. Nach der Operation liegt der kleine Uterus anteflektirt dicht hinter der Symphyse.

4. 9. 93. Die hysterischen Krämpfe haben aufgehört. Pat. fühlt sich wohl. 6. 9. Abends, Temperatur 38,3. Beschmutzung der Wunde mit Koth. Abspülung. Jodoform. 7. 9. Abends, Temp. 37,8. 11. 9. Entfernung der Dammfäden. Heilung des Dammes per primam.

16. 9. Pat. wird nach Verschwinden sämmtlicher, auch der hysterischen Symptome mit geheiltem Damm, für 1 Finger durchgängigem Genitalrohr und kleinem anteflektirten Uterus entlassen.

30. 9. Keine Beschwerden. Entfernung der 3 Seidensuturen und der 2 Cervixnähte. Uterus anteflektirt.

Anm. b. d. Corr.: 22. 6. 94. Pat. klagt über prae- und postmenstruelle Schmerzen. Uterus anteflektirt und anteponirt. Stenosis orif. int. Sondendilatation beseitigt (nach späterem Bericht) die Beschwerden.

Beobachtungsdauer: 10 Monate.

Fall 164. 23. 3. 1893. Frl. Roderwald, 23jährige Op., trägt seit Mai 93 einen Ring, vorher Schmerzen in der linken Seite und im Kreuz. Uterus retrovertirt, kehrt langsam in Anteflexion zurück, Strang im rechten Ligament.

12. 6. Pat. hat keine Beschwerden. Uterus liegt retroflektirt, Celluloidring eingelegt. Vaginofixation vorgeschlagen.

28. 8. Pat. klagt über Schmerzen im Kreuz und Fluss. Uterus retroflektirt. Repositio. Ring. Stränge im Douglas, Ovarien beweglich.

8. 9. 93. Uterus anteflektirt im Ring, in Retroversion gebracht, bleibt er in derselben liegen.

Curettement, Vaginofixation (4 provisorische Nähte), Knotung der 3 Fixationsnähte über den vorderen Vaginalwundrand, sagittale Wundverziehung. Nach der Operation liegt der Uterus anteflektirt.

16. 9. 93. Mit anteflektirtem Uterus, in guter Heilung begriffener Wunde, ohne Beschwerden geheilt entlassen.

10. 10. 93. Keine Beschwerden. Uterus gut anteflektirt. Entfernung der Fäden.

26 10. 93. Menstruation vorige Woche, 8tägig. Uterus anteflektirt.

8. 12. 93. Nach schwerem Heben hat Pat. vor 8 Tagen Kreuzschmerzen bekommen. Menstruation in 4wöchentlichem Intervall, 6tägig, wie während der Ringbehandlung, vorher in 2—3wöchentlichem Intervall, 4tägig. Uterus in normaler Anteversio-flexio, empfindliche perimetritische Stränge im Douglas.

19. 1. 94. Nach mehrfacher Massage sind die Schmerzen geringer geworden und treten nur nach schwerem Heben auf.

Fall 165. 12. 9. 1893. Frau Bastanier, 33jährige IIp., leidet seit der letzten Geburt (7. 9. 91), an die sich Puerperalfieber anschloss, an Kreuz- und Schmerzen in der rechten Seite. Seit 4 Monaten ist Pat. bei fortwährenden Blutungen und Schmerzen in der rechten Seite bettlägerig, nachdem die Erkrankung zur Zeit der Menstruation eingetreten war.

Pat. sieht sehr leidend aus, ist sehr mager. Der Uterus ist vergrössert, hart, retrovertirt, wegen empfindlicher Stränge nach rechts hinten und Verwachsung mit dem linken, am Beckenrand fixirten Ovarium irreponibel.

16. 9. 93. Lösung beider Ovarien in Narkose, Vaginofixation mit 2 provisorischen und 3 definitiven Silkwormnähten, welche über den Wundrand weggeknüpft werden, sagittale Wundverziehung. Dauer der Vaginofixation 8½ Minute. Excision eines Ectropium.

20. 10. Pat. hat keine Beschwerden. Uterus klein, stark anteflektirt, Ovarien beweglich, noch etwas druckempfindlich. Entfernung der Fäden.

24. 10. Rechte Tube verdickt, linkes Ovarium sehr empfindlich. Uterus anteflektirt.

9. 1. 94. Pat. ist wieder seit mehreren Wochen wegen heftiger Unterleibsschmerzen bettlägerig. Die Untersuchung ergiebt doppelseitige Tubentumoren, und wird daher der Pat. die Laparotomie vorgeschlagen.

12. 1. 94. Quere Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes, Verlängerung dieses Schnitts durch einen 4 cm langen medianen Längsschnitt. Das feste Narbengewebe zwischen Blase und Uterus wird theils mit der Scheere theils stumpf durchtrennt, bis der Finger an eine so feste und dabei dünne narbige Verbindung der Blase mit der vorderen Uteruswand stösst, dass bei weiterem Vordringen eine Verletzung der Blase unvermeidlich erscheint. Es wird daher von der vaginalen Laparotomie Abstand genommen und die gesetzten Wunden mit einem fortlaufenden Catgutfaden vernäht, worauf sich sofort die schon vorbereitete Laparotomie anschliesst:

In Beckenhochlage wird die Bauchhöhle durch einen 8 cm langen Schnitt eröffnet. Man sieht nun den Uterus in normaler Anteflexion, an seiner vorderen Wand ist die Plica vesicouterina in toto in die Höhe geschoben und liegt ca. 1 cm unter dem Fundus. Beide Tuben sind verdickt und ziehen halbkreisförmig zur hinteren seitlichen Beckenwand. Zunächst wird die rechte Tube an der Uteruskante und am Lig. infundibulo-pelvicum abgebunden. Die Ablösung der Tube von der seitlichen Beckenwand ist sehr schwer und bleibt daselbst ein 1 cm breites Stück der eiterig infiltrirten Tubenschleimhaut sitzen. Aus der eröffneten Tube entleert sich 1 Theelöffel dünnen weisslichen Eiters. Darauf wird auch das rechte Ovarium von der Hinterfläche des Ligamentum latum stumpf abgelöst, die sehr feste, kurze und dicke perimetritische Verbindung desselben mit der Uteruskante abgebunden, ebenso der Rest der Mesosalpinx versorgt und die Adnexe abgetragen. Die blutenden Wunden an der Hinterfläche des Lig. latum und an der seitlichen Beckenwand erfordern noch mehrere Umstechungen. Die linksseitigen Adnexe lassen sich leichter von der Hinterfläche des Lig. latum abrollen, abbinden und abtragen, die Tube platzt auch hier und entleert denselben Eiter. Cauterisation der Stümpfe mit dem Pacquelin. Schluss der Bauchwunde mit Silkwormnähten.

Beide Tuben zeigen eiterige Infiltration ihrer Schleimhaut, die vergrösserten Ovarien kleincystische Degeneration und zahlreiche Hämorrhagien. Die linke Tube ist am abdominalen Ende so fest mit dem Ovarium verwachsen, dass keine Spur der Fimbrien mehr zu sehen ist. Das abdominale Ende der rechten Tube war in derselben Weise mit der seitlichen Beckenwand verwachsen. Pat. wird nach völlig reactionslosem Verlauf am 16. Tage geheilt entlassen. 16. 2. 94. Uterus anteflektirt, bedeutend verkleinert. Strang nach rechts hinten. Lineäre Laparotomienarbe.

Anm. b. d. Corr: 11. 8. 94. Beschwerden in Folge von Endometritis und Schmerzhaftigkeit der Ligamentstümpfe. Uterus liegt normal.

Beobachtungsdauer: 11 Monate.

Fall 166. 19. 9. 1893. Frau G., 29jährige Opara, ist seit zwei Jahren verheirathet, ohne dass Cohabitation möglich war. Herr Dr. Kaliebe, welcher mir die Pat. zuwies, hat ohne Erfolg eine Spaltung des Hymens vorgenommen. Pat. ist eine sehr ängstliche Frau, doch macht die Untersuchung mit 1 Finger keine Schwierigkeit. Keine Vulvitis, kein Vaginismus. Uterus klein, retrovertirt, Stränge nach rechts und links hinten, beide Ovarien beweglich, links sind 2 Ovarien zu fühlen(?).

Curettement, Sonde zur Vaginofixation geht ohne Weiteres hinein, Vaginofixation mit 2 provisorischen Nähten und 3 Silkwormnähten, die unter den Wundrand weggeknüpft werden. Uterus liegt nach der Operation spitzwinklig anteflektirt. Naht eines Scheidenrisses, welcher durch die forcirte Einführung von 4 Fingern entstanden war.

27. Pat. steht auf, Uterus anteflektirt, Wunden in guter Heilung.

30. Geheilt entlassen. 10. 11. 93. Keine Beschwerden, Uterus anteflektirt, Entfernung der Fäden. 30. 5. 94. Keine Beschwerden. Uterus klein, anteflektirt. Vagina weiter.

Beobachtungsdauer: $8^1/_3$ Monat.

Fall 167. Pat. hat bei der letzten, vor Jahren erfolgten Entbindung einen Dammriss erlitten, der von B. S. Schultze operativ beseitigt wurde. Derselbe legte ferner wegen Senkung und Neigung der

Gebärmutter einen Ring ein. Trotzdem leidet Pat. an Obstipation, Kreuzschmerzen und starkem Ausfluss. Menstruation in 3½wöchentlichem Intervall, sehr schwach, 1tägig, worauf sie sich noch ein paar Tage „zeigt". Besonders zu dieser Zeit und 8 Tage nachher grosse Unruhe. Pat. leidet ausserdem an Wahnvorstellungen und hat deswegen bei Thomsen in Bonn eine mehrmonatliche Kur durchgemacht.

Status. Schlaffe Bauchdecken. Vulva klafft etwas. Uterus liegt anteflektirt in einem Celluloidring. Nach Herausnahme des Ringes bleibt der künstlich retrovertirte Uterus in Retroversion liegen. Derselbe ist vergrössert. Adnexe normal.

23. 9. 1893. Die Untersuchung in Narkose ergiebt den Uterus 7 cm lang, retrovertirt, Ovarien beweglich, parametraner Strang zur linken Spina ischii, Portiolippen wulstig, mit Follikeln besetzt. Geringe Cysto- und Rectocele. Bandförmiges queres Geschwür im hinteren Scheidengewölbe (Druckusur seitens des Ringes).

Curettement, Aetzung, Vaginofixation mit 2 provisorischen und 3 definitiven Silkwormnähten. Peritoneum eröffnet. Kleine vordere und hintere keilförmige Excision der Portio, Naht mit Silkworm, Ausschneidung zweier Ovale aus der vorderen und hinteren Scheidenwand und Naht mit fortlaufendem Catgutfaden.

28. 9. Absolut reactionsloser Verlauf.

30. 9. Kolporrhaphien per primam geheilt. Uterus anteflektirt.

23. 10. Entfernung der Fäden.

1. 11. 93. Pat. hat alle Unterleibsbeschwerden verloren. Menstruation ist etwas stärker gewesen. Uterus anteflektirt, beweglich.

22. 3. 94. Nach Bericht hat die Pat. all ihre Unterleibsbeschwerden völlig verloren.

Fall 168. 23. 9. 1893. Frau Kross, 46jährige 6p., klagt seit Jahren über krampfartige Schmerzen im Magen und Leib. Menstruation 4wöchentlich, 2tägig, schwach.

Uterus hart, vergrössert, retrovertirt, beginnende senile Involution der Portio und Vagina. Reposition. Ring.

25. 9. Wegen des flachen hinteren Scheidengewölbes und der kleinen Portio liegt der Uterus retrovertirt im Ring.

28. 9. 93. Vaginofixation mit 4 provisorischen Nähten und 3 Silkwormsuturen. Sagittale Wundverziehung (Op. Dr. Kjelberg).

2. 11. 93. Pat. klagt nur über Schwäche. Letzte Menstruation am 26. und 27. 10. etwas stärker wie vor der Operation. Uterus gut anteflektirt, beweglich.

20. 1. 94. Die Untersuchung in Narkose ergiebt die Adnexe normal, den Uterus retroflektirt, 8½ cm lang. Versuch einer zweiten Vaginofixation.

Curettement, T-Schnitt im vorderen Scheidengewölbe, stumpfe Ablösung der Blase von der vorderen Uteruswand, wobei der Finger in die Uterussubstanz selbst geräth. Bei der Durchlegung provisorischer Suturen durch die vordere Uteruswand reisst diese vollständig durch und es ist nicht möglich, den oberen Rand des Querrisses des Uteruskörpers zu fassen und herabzuziehen, da dieser Rand innig mit der Blase zusammenhängt und durch ihn durchgelegte Fäden und Kugelzangen ausreissen.

Es hätte die Operation nunmehr abgebrochen werden können, dann wäre jedoch die Retroflexion mit ihren Beschwerden geblieben. Zu einer

Ventrofixation hatte ich nicht die Einwilligung der Patientin. Infolgedessen beschloss ich, den zerfetzten Uterus per vaginam zu exstirpiren.

Zu dem Zweck wurde die Portio hinten umschnitten, die Basis der Lig. lata unterbunden, der Douglas geöffnet, das Peritoneum mit dem Scheidenwundrand vernäht, der Uterus, durch Eingehen mit dem Finger in die eröffnete Uterushöhle, nach hinten herausgestülpt, das Peritoneum der Plica vesico-uterina auf dem über den Fundus und die vordere Uteruswand geführten linken Zeigefinger mit der Scheere geöffnet und mit dem vorderen Scheidenwundrand vernäht. Die Ligamenta lata wurden weiterhin theils abgeklemmt, theils unterbunden, und der Uterus abgetragen. Nach Legung einiger weiterer Suturen durch den hinteren Scheidenwundrand wird ein Jodoformgazestreifen etwas über das Scheidengewölbe vorgeschoben und die Scheide mit demselben Streifen tamponirt.

Der exstirpirte Uterus (nachdem er 4 Tage in absolutem Alkohol gelegen) misst 8½ cm in der Länge, 5½ cm in der Breite. 4 cm unterhalb des Fundus durchsetzt ein Querriss die ganze vordere Wand und die linke Seitenkante, das Peritoneum reicht bis zum oberen Rand dieses Risses herunter und zeigt 1 cm oberhalb des Risses einen erst schräg und dann gerade auf den oberen Wundrand zulaufenden, 2 mm breiten, weisslich glänzenden, narbig aussehenden Streifen, der die rechte Hälfte des Uterus einnimmt.

In der Risswunde sind einige Fäden sichtbar, welche durch die hintere Wand des Uterus gelegt sind. — Das Uteruscavum ist vollständig von Schleimhaut entblösst. Auch die hintere Uteruswand zeigt einen tiefen, fast bis aufs Peritoneum reichenden Querriss, welcher durch das Ausreissen eines Fadens entstanden ist. Der untere Rand des Risses an der vorderen Uteruswand liegt 1 cm über dem inneren Muttermund. Die Länge des Uteruscavum oberhalb des Risses beträgt 2,7 cm, die Länge der Cervix 3,5 cm, die Dicke der Uteruswand 1,1—1,3 cm.

Fall 169. 6. 3. 1893. Frau Krahn, 35 J., hat 1mal, am 27. 1. 93 geboren. Die Placenta wurde manuell gelöst und Pat. dann wegen hohen Fiebers der Charité überwiesen. Pat. klagt jetzt über Vorfallsbeschwerden. Uterus liegt retrovertirt, ist vergrössert, durch Stränge nach rechts hinten gezogen, an der vorderen Corpuswand ein hühnereigrosses subseröses Myom, am Fundus ein erbsengrosses Myom. Repositio, Ring. 7. 9. 93. Ring entfernt.

29. 9. 93. Die Vorfallsbeschwerden dauern fort. Uterus anteflektirt. 4. 10. 93. Vaginale Coeliomyomectomie:

Curettement. Spaltung des vorderen Scheidengewölbes wie bei der Vaginofixation. Darauf wird das Myom durch die Plica vesico-uterina hindurch mit einer Kugelzange gefasst, angezogen und höher am Myom ein Muzeux eingesetzt, worauf sich nicht nur das Myom, sondern auch der ganze Fundus uteri durch das von den Stichverletzungen aus spontan weitergerissene Peritoneum der Plica vesico-uterina und den Schlitz im Scheidengewölbe bis vor die äusseren Geschlechtstheile herausziehen lässt. Nunmehr wird die dünne Kapsel des apfelgrossen Myoms gespalten und das Myom stumpf enucleirt. Eine starke Blutung aus der unteren Hälfte des linken Wundrandes wird zunächst durch Klemmen und dann durch quergeführte Seidenknopfnähte gestillt, welche das Geschwulstbett zu einem sagittalen Wundspalt zusammenziehen. Es

folgt die Enucleation des erbsengrossen Myoms in der Mitte des Fundus durch einfachen Zug mit einer Hakenpincette. Die kleine Wunde wird mit einer Seidensutur vernäht und das eine Ende dieses Fadens mit neu eingefädelter Nadel durch den Scheidenwundrand durchgestossen und mit dem anderen Ende zusammengeknotet. Hierdurch wird der Fundus an die vordere Vaginalwand fixirt und das Geschwulstbett extraperitoneal gelagert. Die Wunde im Scheidengewölbe wird, wie bei der gewöhnlichen Vaginofixation, durch einen fortlaufenden Catgutfaden zu einem sagittalen Wundspalt zusammengezogen, aus dessen Mitte die sämmtlichen Seidenfäden des Myombetts herausgeleitet werden.

Es folgt eine Kolpoperineorrhaphie nach Hegar mit fortlaufender Catgutnaht.

Das enucleirte Myom zeigt in den äusseren Schichten bis linsengrosse Kalkeinlagerungen. Die tieferen Schichten weisen eine braune Färbung auf, das Centrum allein ist weiss gefärbt. Ferner finden sich hier und da kleine Erweichungsherde und Cysten. Die sofortige mikroskopische Untersuchung ergab Fehlen der Kerne und fettige Degeneration der Muskelfasern. Pat. wird nach 10 Tagen geheilt entlassen.

25. 10. 93. Pat. ist seit 4 Tagen menstruirt. Die Menstruation hätte am 4. 10. 93 schon eintreten sollen. Beschwerden sind nicht vorhanden. Uterus anteflektirt, klein, beweglich. Entfernung der Fäden.

20. 2. 94. Nachdem Pat. noch Ende November eine sehr starke Menstruation gehabt, ist dieselbe jetzt wie früher, 4—5tägig, in 4wöchentlichem Intervall. Pat. fühlt sich völlig wohl, hat die frühere Obstipation und das Drängen nach unten verloren.

Uterus sehr gut anteflektirt, klein, nur 5 cm lang, Portio steht ½ cm unter und etwas nach vorn von der Spinallinie. Der Urethralwulst drängt sich in die Vulva hinein.

Beobachtungsdauer: 4½ Monate.

Fall 170. 5. 10. 1893. Frau Kupke, 32jährige 2para, klagt seit der 2. Entbindung (Juni 93) über Drängen nach unten, worauf etwas vortritt, Kreuzschmerzen, Schmerzen in beiden Seiten. Menstruation in 9 Wochen zum 3. Mal, 4—5 Tage dauernd, dazwischen auch etwas Blutverlust.

Totaler Prolaps der vorderen, theilweiser der hinteren Vaginalwunde, Portio hypertrophisch, bis ans Laquear beiderseits lacerirt, Ectropium, Uterus atrophisch, retrovertirt.

Kolporrhaphie und Vaginofixation vorgeschlagen.

9. 10. 93. Curettement, Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes, Herunterziehen des schlaffen, membranösen und daher schwer von dem retrovesicalen Bindegewebe differenzirbaren Fundus durch 2 Seidensuturen, Excision eines abgerundeten Dreiecks aus der vorderen Vaginalwand, Excisio mucosae cervicis, Vernähung der Spitze dieses Dreiecks mit dem Fundus durch 2 Silkwormsuturen, welche über den Vaginalwundrand fort geknüpft werden, Vereinigung der Wundfläche der vorderen Scheidenwand durch 2 von dem Urethralwulst bis zur Portio reichende fortlaufende Catgutsuturen. Kolporrhaphia posterior. Nach vollendeter Operation liegt der Uterus, der übrigens mit der Sonde perforirt war, stark anteflektirt.

9. 10. 93. Pat. klagt nur über Hunger. Keine Schmerzen, kein Erbrechen, keine Uebelkeit.

23. 10. Mit anteflektirtem Uterus, um 3 cm verlängertem Damm, nur für 1 Finger durchgängiger Vagina, ohne Beschwerden entlassen.

30. 10. 93. Uterus sehr klein, anteflektirt.

6. 12. Entfernung der Fixationsnähte.

17. 1. 94. Keine Beschwerden. Menstruation 3tägig, schwächer wie vor der Operation. Uterus klein, in normaler Anteversio-flexio, Fundus liegt dicht hinter der Symphyse, Portio steht in der Spinallinie. Entfernung eines Fadenrestes.

Fall 171. 17. 10. 1893. Frau Edelstein, 23 Jahre, seit 3 Jahren steril verheirathet, klagt über Verstopfung und das Gefühl, als ob sich im Leib etwas gesenkt hätte.

Uterus schmal, retrovertirt, Portio lang, spitz zulaufend, Stenose des äusseren Muttermundes, Sonde 4 findet am inneren Muttermund ein bedeutendes Hinderniss, dringt dann 7 cm tief ein.

19. 10. Der Uterus ist selbst in Narkose wegen zahlreicher perimetritischer Stränge nach beiden Seiten irreponibel. Reposition mit der Sonde ist möglich, doch können die Hände den Uterus nur bei in situ befindlicher Sonde in Anteflexion erhalten. Rechtes Ovarium wird aus Verwachsungen gelöst. Curettement nach Dilatation entfernt reichliche fungöse Massen. Alsdann wird die Vaginofixation mit 2 provisorischen Nähten vorgenommen, wobei der Demonstration halber die Plica vesico-uterina eröffnet wird. 3 definitive Sikwormnähte, sagittale Wundverziehung. Discision und Vernähung mit Silkworm.

27. 10. 93. Pat. wird ohne Beschwerden mit anteflektirtem Uterus entlassen.

10. 12. 93. Pat. hat ausser Obstipation keine Beschwerden. Der Uterus liegt gut anteflektirt. Entfernung der Fixations- und der übrigen Nähte.

13. 2. 94. Obstipation verschwunden. Keine Beschwerden.

Uterus liegt in durchaus normaler Anteversio-flexio.

Anm. b. d. Corr.: 26. 5. 94. Obstipation, sonst Wohlbefinden. Uterus liegt normal, Sonde 4 dringt leicht ein.

Beobachtungsdauer: 7 Monate.

Fall 172. 28. 10. 93. Die mir von Herrn Professor Krause überwiesene Pat., Frl. H., Sängerin, klagt über Fluor, der schon längere Zeit besteht, sie schwächt und im Singen stört. Ausserdem nervöse Störungen hysterischer Natur.

Untersuchung in Narkose der Virgo intacta ergiebt eine Retroflexio uteri mit sehr kurzer vorderer Vaginalwand und kurzer vorderer Lippe. Der Uterus ist reponibel, die Adnexe normal, nur wird der Fundus durch Stränge nach rechts gezogen.

29. 10. 93. Curettement fördert reichlich fungöse Massen heraus, Vaginofixation mit 3 provisorischen und 3 definitiven Silkwormnähten, welche über den Wundrand weg geknotet werden. Sagittale Wundverziehung durch fortlaufenden Catgutfaden.

4. 12. 93. Entfernung zweier Fäden, der dritte ist nicht mehr vorhanden. Uterus liegt gut anteflektirt. Pat klagt noch über Kreuzschmerzen und Drängen nach unten.

9. 12. 93. Pat. hat keine Beschwerden mehr. Der Uterus liegt anteflektirt.

8. 2. 94. Pat. hat sich sehr erholt, sieht blühend aus, hat keine Beschwerden. Der Uterus liegt in normaler Anteversio-flexio.

Fall 173. 9. 9. 1893. Fräulein Martha Göricke, 24jährige 0para, klagt über Ziehen in beiden Seiten des Leibes, Kreuzschmerzen, Fluor. Menstruation in 5—6wöchentl. Intervall von 2—8tägiger Dauer, manchmal sehr stark. Weihnachten 1892 hat sie wegen sehr heftiger Unterleibsschmerzen 3 Wochen das Bett hüten müssen. Uterus retrovertirt, schmale lange Cervix, Stenose des Orif. ext. Strang vom linken Tubenwinkel.

30. 10. 93. Untersuchung in Narkose ergiebt einen 9 cm langen, schmalen, nach rechts hinten fixirten Uterus, welcher sich bimanuell nicht aufrichten lässt, sondern nur mit der Sonde. Sehr enge, rigide Vagina.

Curettement. Vaginofixation mit 4 provisorischen Nähten, Eröffnung der Plica vesico-uterina. 3 Silkwormnähte, sagittale Wundverziehung durch fortlaufenden Catgutfaden.

Nach der Operation liegt der Uterus anteflektirt, Fundus etwas nach rechts gezogen. Beim Versuch, die rechtsseitigen Stränge zu dehnen, reisst die rigide Vaginalwand ein. Der Riss wird durch einen Catgutfaden geschlossen. Operationsdauer 20 Minuten.

27. 1. 94. Der Uterus liegt anteflektirt in Retroversionsstellung, lässt sich aber mit einem Finger leicht in Anteversion bringen. Heute und bereits 3 mal in den letzten 14 Tagen bimanuelle Dehnung der rechtsseitigen Stränge.

Anm. b. d. Corr.: 28. 6. 94. Mobile Retroflexio, Adnexe normal. Intraperitoneale Vaginofixation, Portioamputation.

7. 7. 94. Pat. wird mit normal gelagertem und 7 cm langem Uterus geheilt entlassen.

Fall 174. 20. 9. 1893. Frau L. Schilling, 50jährige IXp. hat 5 mal normal geboren und 4 mal abortirt. Bereits nach der ersten Geburt vor 20 Jahren litt sie an Senkung, die sich indessen erst seit 2 Jahren bedeutend verschlimmert hat, so dass etwas aus den Geschlechtstheilen heraushängt. Menstruation ist schwach, tritt nur noch alle 2—3 Monate auf.

Beide Vaginalwände vorgefallen, Portio hypertrophisch und ulcerirt, Uterus retrovertirt, gesenkt und in seinem Cervixtheil verlängert, steckt fast völlig in dem Prolaps, so dass derselbe beinahe als Uterusvorfall zu bezeichnen ist.

10. 11. 93. Intraperitoneale Vaginofixation. Die Untersuchung in Narkose ergiebt den Uterus 9 cm lang, wovon 5 cm auf die Cervix kommen; auch die Portio ist besonders im Dickendurchmesser sehr hypertrophisch; die grossen Ulcera um den Muttermund herum werden mit dem Paquelin verschorft. Curettement. 3 provisorische Nähte, über der zweiten wird die Plica vesico-uterina eröffnet, dann die ganze vordere Vaginalwand excidirt und nach Zurückstülpung der Blase der vorgestülpte Fundus durch 3 Silkwormnähte mit dem Urethralwulst vernäht. Darauf Portioamputation, wobei sich der rechte Wundwinkel in das rechte Ligamentum latum retrahirt, und starke Gefässe spritzen. Vernähung durch Silkworm, Blutung steht. Darauf werden die Wundränder der vorderen Vaginalwand zu einem sagittalen Wundspalt zusammengenäht. Dann Kolpoperineorraphia, Vernähung mit fortlaufendem Catgutfaden. Dauer 1 Stunde.

23. 11. 93. Pat. wird nach absolut normalem Verlauf geheilt ent-

lassen. Vulva und Vagina sind gerade für einen Finger durchgängig, Uterus liegt in normaler Anteversio-flexio.

17. 1. 94. Entfernung der Fäden, die den Fundus fixirten.

24. 1. 94. Vulva schliesst, Vagina eng und langgestreckt, der dünne Uterus liegt hoch im Becken in starker Anteversion. Pat. fühlt sich wie neugeboren.

Fall 175[1]). 2. 8. 1892. Frau Häuse, 24 Jahre, hat 3 mal geboren, zuletzt vor 2 Jahren, wo sie 13 Wochen an Puerperalfieber krank lag. In einer anderen Poliklinik ist Pat. Laparotomie vorgeschlagen, nachdem 13 Ringe vergeblich versucht waren.

Uterus retrovertirt, fixirt, nur mit Zange reponibel, schnappt sofort in Retroversion zurück.

22. 8. 92. Nachdem Herr Dr. Strassmann Patientin 3 Wochen massirt — einen Ring vertrug Pat. nicht — nahm er am 22. 8. die Vaginofixation vor.

20. 9. 92. Uterus retrovertirt, Stränge besonders nach rechts hinten.

4. 11. 92. 2. Vaginofixation (Dr. Schäfer).

13. 12. 92. Entfernung zweier Fäden.

16. 5. 93. Curettement (Verf.), nachdem Pat. schon längere Zeit wegen Endometritis mit Aetzungen behandelt war, und Dehnung perimetritischer, nach rechts hinten ziehender Stränge. Ovarien beweglich.

4. 8. 93. Pat. klagt noch über Schmerzen, es besteht noch etwas Fluor. Uterus anteflektirt.

2. 11. 93. Pat. fühlt sich wohler, als vor den Operationen, hat allerdings noch Fluor und Schmerzen in beiden Seiten. Die früheren Kreuzschmerzen sind verschwunden.

Uterus gut anteflektirt, Cervix nur nach hinten rechts durch einen scharf gespannten perimetritischen Strang fixirt. Ovarien beweglich, druckempfindlich.

Beobachtungsdauer: 1 Jahr.

Fall 176. 23. 9. 93. Frau Albiz, 28jährige IIp., klagt seit der letzten Entbindung (14. 8. 93) über Drängen im Leib. Sie hat im Wochenbett 3 Tage gefiebert, nachdem sie am 13 Tage aufgestanden war, und hat dann noch 2 Wochen das Bett hüten müssen.

10. 11. 93. Trotz verschiedener Ringe lag der Uterus fast immer retroflectirt, Pat. hatte fortwährend solche Kreuzschmerzen, Brennen im Leib, Drängen auf den Mastdarm, dass sie arbeitsunfähig und schlaflos war. Bedingt waren diese Erscheinungen durch zahlreiche, nach rechts hinten ziehende, sehr empfindliche Stränge. Es wurde daher der Pat. die Vaginofixation vorgeschlagen.

29. 11. 93. Untersuchung in Narkose ergiebt den schon aufgenommenen Befund, nämlich Stränge nach rechts hinten, beide Ovarien beweglich, linkes vergrössert. Nach Curettement, welches reichlich fungöse Massen entfernt, intraperitoneale Vaginofixation: Nach stumpfer Durchtrennung des retrovesicalen Bindegewebes lässt sich die Plica vesicouterina ohne Sonde, ohne provisorische Ligatur, mit dem linken Zeigefinger herabziehen und mit der Scheere öffnen. Nunmehr wird eine provisorische Ligatur durch das Corpus uteri gelegt und an dieser nach Entfernung der die Portio fixirenden Kugelzangen der Fundus herunter-

1) Um einen Fehler in der Nummerirung der Fälle auszugleichen, musste dieser Fall zeitlich später angeführt werden.

gezogen und mit Beihülfe des von oben über den Fundus gehakten linken Zeigefingers aus der Oeffnung im Scheidengewölbe bis vor die Vulva geleitet. Die normalen Tuben und beide Ovarien, sowie die hintere Uteruswand bis zum innern Muttermund liegen nunmehr frei vor. Da keine perimetritischen Stränge vorhanden sind, so werden, nachdem die Silkwormnähte durch vordere Vaginalwand und Fundus gelegt worden waren, zuerst die Adnexe, dann der Uterus mit Leichtigkeit wieder reponirt. Darauf Knüpfung der drei Nähte und Schluss der Laquearwunde mit fortlaufendem Catgutfaden und sagittaler Wundverziehung.

Nach der Operation liegt der Uterus ausgezeichnet anteflektirt.

Pat. wird nach völlig reactionslosem Verlauf nach 8 Tagen als geheilt entlassen.

23. 1. 94. Bei Anstrengungen Leib- und Kreuzschmerzen. Uterus liegt in normaler Anteversio-flexio, Portio in der Spinallinie, beide Ovarien sind beweglich. Entfernung der Fäden.

7. 2. Kreuzschmerzen und Herzklopfen. Ausserdem kann Pat. seit 8 Tagen den Urin nur schwer und tropfenweise entleeren. Die Menstruation ist nach der Operation nur einmal, 2 Tage lang und schwach (24. und 25. 12.) aufgetreten.

Uterus kugelig vergrössert, völlig beweglich, liegt in normaler Anteversio-flexio. Graviditas.

23. 2. Die Urinentleerung ist nicht mehr so erschwert. Uterus faustgross, stark anteflektirt, von einem normalen Uterus in nichts zu unterscheiden.

20. 4. 94. Pat., die nur in Folge meiner Aufforderung erscheint, klagt über Kreuzschmerzen und Schmerzen in der linken Seite, sowie über häufigen Urindrang. Fundus handbreit über der Symphyse zu fühlen, Uterus in nichts von einem normal graviden Uterus zu unterscheiden.

17. 8. 94. Urindrang. Krampfhafte Leibschmerzen, Drängen nach unten. Fundus am Schwertfortsatz. Kopf schwer beweglich, drängt die empfindliche Narbe nach abwärts. Blasenscheitel im Beckeneingang.

Beobachtungsdauer: 9 Monate.

Fall 177. 29. 11. 1893. Frau Therese W., 22 Jahre, hat 1 Mal vor 3 Jahren geboren. Im Anschluss an die Geburt will sie Kindbettfieber gehabt haben, hat aber das Kind doch 2 Jahre lang genährt. 9 Monate nach der Geburt trat die Menstruation sehr stark ein und ist auch jetzt noch viel stärker als vor der Geburt, dauert 8 Tage und tritt in 3wöchentlichem Intervall ein. Ab und zu verliert Pat. Stücke Blutes. In Folge der starken Blutungen fühlt Pat. sich sehr schwach und hat häufig Schwindel und Kopfschmerzen.

Pat. ist eine mager aussehende Frau von blasser Gesichtsfarbe und kleinem Puls.

Uterus vergrössert, retroflektirt, reponibel, wird aber sofort durch Stränge, die nach dem linken Ovarium ziehen, wieder nach links und dann nach hinten gezogen.

1. 12. 93. In guter Aethernarkose wird der obige Befund bestätigt, der Uterus zu 8 cm Länge festgestellt und das Curettement gemacht. Es folgt dann die intraperitoneale Vaginofixation in der gewöhnlichen Weise. Die vordere Uteruswand wird durch 2 provisorische Nähte herabgezogen und oberhalb derselben die Plica vesico-uterina unter Leitung des Auges mit der Scheere geöffnet. Darauf Entfernung des Spiegels und der die

Portio fixirenden Kugelzangen und Herauswälzen des Fundus uteri mit Hülfe einer ebenfalls unter Leitung des Auges dicht unter dem Fundus angesetzten Kugelzange.

Es lässt sich auf diese Weise die ganze hintere Uteruswand und beide Adnexe sichtbar machen, das linke Ovarium lässt sich wegen Straffheit des Lig. infundibulo-pelvicum schwerer hervorziehen. Von Abnormitäten finden sich an beiden Tuben nur 2 erbsengrosse Morgagni'sche Hydatiden, welche abgetragen werden. Darauf werden 3 Silkwormnähte durch den vorderen Scheidenwundrand und den Fundus uteri gelegt, worauf der Uterus reponirt und die Nähte geknotet werden. Zum Schluss wird die Scheidenwunde durch einen fortlaufenden Catgutfaden zu einem sagittalen Wundspalt zusammengezogen.

Der Uterus liegt nach der Operation ausgezeichnet anteflektirt.

9. 12. 93. Pat. wird nach völlig reactionslosem Verlaufe als geheilt entlassen.

21. 12. 93. Pat. klagt noch über furchtbare Schmerzen zwischen den Schulterknochen. Die Unterleibsschmerzen sind noch ab und zu vorhanden. Pat. leidet an Husten.

Uterus liegt in normaler Anteversio-flexio, nur wird der Fundus durch straffe Stränge etwas nach links gezogen.

9. 1. 94. Pat. fühlt sich völlig wohl, die Kreuzschmerzen sind verschwunden. Die Menstruation trat am 24. 12. 93 ein und dauerte 3 Tage, ohne stark zu sein. Während derselben waren Schmerzen im Unterleib auf beiden Seiten vorhanden.

Uterus liegt in guter Anteversio-flexio, die Portio in der Spinallinie. Die früher gefühlten straffen Stränge sind verschwunden, das linke Ovarium ist noch etwas druckempfindlich, aber beweglich.

Entfernung der 3 Silkwormnähte.

Beobachtungsdauer: $1^1/_3$ Monat.

Fall 178. Fräulein Lud., 20jährige Verkäuferin, Opara, leidet seit Februar d. J. im Anschluss an eine starke Erkältung an fortwährenden, sehr heftigen Magenbeschwerden und Schmerzen im Unterleib, Appetitlosigkeit. Menstruation schwach, 2—3tägig in 4wöchentlichem Intervall. Fluor. Globus hystericus.

Pat. wurde mir am 7. 12. 93 von Herrn Dr. Danziger zur Vaginofixation in meine Anstalt geschickt.

7. 12. 93. Die Untersuchung ergiebt einen 7 cm langen, spitzwinklig retroflektirten, reponiblen Uterus, Ovarien beweglich, 2 Stränge nach links hinten.

Intraperitoneale Vaginofixation. Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe, stumpfe Durchtrennung des antecervicalen Bindegewebes, Herabziehen der Plica vesico-uterina mit dem linken Zeigefinger und Eröffnung derselben unter Leitung des Auges. Jetzt erst wird in den Uterus eine Sonde eingeführt, hierdurch der Fundus nach vorn gedrängt und eine provisorische Naht durch das Corpus uteri gelegt. Nunmehr werden Sonde, die die Portio fixirenden Kugelzangen und der Spiegel entfernt, und an der einzigen provisorischen Naht der Fundus uteri bis vor die Vulva gezogen. Nunmehr constatirt der über die hintere Wand des Uterus eingeführte Finger, dass die Adnexe normal sind. Das rechte Ovarium wird zum Ueberfluss noch mit dem Finger vorgezogen und

sichtbar gemacht. Leichte Reposition des Uterus, nachdem durch die vordere Vaginalwand und den Fundus die 3 Silkwormnähte angelegt sind, Knüpfung der Fixationsnähte, Vereinigung der Scheidenwunde durch einen fortlaufenden Catgutfaden in sagittaler Richtung.

Der Uterus liegt nach der Operation ausgezeichnet anteflektirt.

15. 12. 93. Pat. wird mit anteflektirtem Uterus geheilt entlassen.

29. 12. 93. Ausser den Magenschmerzen hat Pat. keine Beschwerden mehr. Der Uterus liegt in normaler Anteversio-flexio.

Fall 179. 14. 12. 1893. Wittwe L., 46 Jahre, leidet nach Herrn Docenten Dr. Rosenheim, der mir die Pat. gütigst überwies, an linksseitigem Spitzencatarrh und Neurasthenie. Ausserdem hat sie seit Jahren Schmerzen in der linken Seite und im Kreuz, seit einem Jahr profuse 6—8tägige Menstruation in 2—3wöchentlichem Intervall, die sich schon zu mehrwöchentlichen andauernden Blutungen gesteigert hat, und Fluor.

Die Pat. sieht sehr blass, elend und schwach aus.

4. 1. 94. Die Untersuchung in Narkose bestätigt den schon früher aufgenommenen Befund: Die ganze Vorderwand des Uterus ist durch einen harten Tumor eingenommen, welcher so innig mit dem Uterus zusammenhängt, dass nur die Sondirung den Fundus uteri hinter dem Tumor erkennen lässt. Der Uterus ist 9 cm lang. Unter der Hauptgeschwulst liegen nahe dem rechten Seitenrand und dicht über dem inneren Muttermund zwei erbsengrosse Geschwülste.

Vaginale Coeliomyomectomie und intraperitoneale Vaginofixation: Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe, auf diesen Querschnitt wird noch ein ca. 3 cm langer medianer Längsschnitt aufgesetzt. Die so entstandenen 2 Scheidenlappen werden nach beiden Seiten hin etwas von der Blase abgelöst. Darauf werden nach Einführung der Sonde in den Uterus zwei provisorische Nähte durch die vordere Uteruswand gelegt, die Sonde, Kugelzangen und Spiegel entfernt und an der obersten Naht der Uterus herabgezogen, worauf es gelingt, die Plica vesico-uterina unter Leitung des Auges mit der Scheere zu eröffnen und durch successiv höher eingesetzte Kugelzangen den rechten Tubenwinkel in die Wunde einzustellen. An dieser Stelle trat nämlich das ganz interstitiell gelegene Myom, wie der tastende Finger gefunden, am dichtesten an die Uterusoberfläche heran. Ueber diese Partie wurde nunmehr ein sagittaler Schnitt geführt, und die ca. ½ cm dicke Kapsel gespalten, worauf das Myom mit einer Kugelzange gefasst und stumpf mit Leichtigkeit enucleirt wurde. Es erstreckte sich nach links hinten weit in die Tiefe, war enteneigross; die Uterushöhle wurde bei der Enucleation geöffnet. Das Geschwulstbett wurde mit Seidenknopfnähten vernäht, ebenso die durch Enucleation der 2 schon gefühlten kleinen Myome gesetzten Wundflächen. An den Ligaturen wurde jetzt der Uterus noch weiter vorgezogen, sodass die hintere Uteruswand und an ihr, dicht über dem inneren Muttermund, ein haselnussgrosses interstitielles Myom sichtbar wurde, welches rings von stark erweiterten Venen umgeben war. Auch dieses Myom wurde enucleirt und das Geschwulstbett vernäht. Wegen starker Blutung aus den Stichkanälen waren hier noch einige Umstechungen nöthig.

Darauf wurde zum Zweck der Vaginofixation des retrovertirten Uterus durch den rechten Scheidenlappen und den Fundus eine Seidenligatur gelegt, und die Scheidenwunde durch einen fortlaufenden Cat-

gutfaden vereinigt. Die Fäden der vorderen Uteruswand wurden durch eine Lücke der Scheidenwunde hinausgeleitet.

Der Uterus misst nach vollendeter Operation nur noch 7 cm. Das Cavum wurde mit Jodoformgaze austamponirt.

10. 2. 94. Pat. hatte vom 5.—11. 2. eine sehr profuse Menstruation, die vom 3. Tage an auf Secale an Stärke nachliess. Pat. klagt über grosse Schwäche. Entfernung der Fäden.

10. 3. Pat. hatte die Menstruation 4 Tage, am 1. Tag sehr stark.

31. 3. Vom 24.—28. 3. starke Blutung, sodass Pat. wieder Secale genommen hat. Kreuzschmerzen. Uterus ganz klein, atrophisch, anteflektirt.

17. 8. 94. Menstruation normal. Keine Beschwerden. Uteruslage normal. — Beobachtungsdauer: 7½ Monate.

Fall 180. Fräulein R., Opara, aus Treptow a. R., wird mir am 3. 1. 1894 von Herrn Kollegen Dr. Kaliebe wegen Retroflexio uteri und zunehmender hysterischer Ataxie zugeschickt.

Pat. leidet seit Anfang 1892 an Rückenschmerzen. Die Menstruation war bis Juni 1892 stark, dann verlor Pat. dieselbe bis März 1893. Jetzt ist die Menstruation schwach und ganz unregelmässig. Im Herbst 1892 hat Pat. wegen Unterleibsentzündung 4 Wochen zu Bett gelegen. Seit 4 Wochen leidet Pat. an einer Lähmung in Händen, Füssen und im Rücken.

6. 1. 94. Die Untersuchung in Narkose ergiebt virginelle Genitalien, der Uterus ist retrovertirt, $5^1/_2$ cm lang. An seiner Vorderfläche findet sich ein hühnereigrosses gestieltes Myom, welches bei ungenauer Untersuchung leicht für den anteflektirten Uterus gehalten werden kann; an der Hinterfläche, nahe der linken Seitenkante und dem Scheidengewölbe dicht aufliegend tastet man einen wallnussgrossen Körper, welcher als das linke mit dem Uterus verwachsene Ovarium angesprochen wird — allerdings fällt die harte Consistenz auf. Rechtes Ovarium normal.

Vaginale Coeliomyomectomie und intraperitoneale Vaginofixation: Quere Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes; auf den Querschnitt wird ein ca. 4 cm langer Längsschnitt gesetzt, und die 2 so entstandenen Scheidenlappen von der Blase ca. 1 cm weit nach den Seiten abpräparirt. Darauf folgt stumpfe Ablösung der Blase von der Cervix, Herunterziehen der Corpuswand durch 2 provisorische Nähte, Eröffnung der Plica unter Leitung des Auges, Entfernung von Spiegel und Kugelzangen, Anziehen der obersten provisorischen Naht, Einsetzen einer Kugelzange in das Myom, mittels deren der ganze Uteruskörper bis vor die Vulva gezogen wird. Es zeigt sich jetzt der Uterus von zahlreichen linsen-, erbsen-, haselnuss-, wallnussgrossen Myomen und dem aus 2 Knollen bestehenden hühnereigrossen Myom bedeckt. Auch der für das Ovarium gehaltene Körper erweist sich als Myom. Letzteres sitzt an der linken Uteruskante in der Höhe des inneren Muttermundes. Sämmtliche Myome (im ganzen 10) werden enucleirt, und die gesetzten Wunden mit feinen Seidenknopfnähten vereinigt. Von vernähten Wunden weist der Uterus 2 an seiner hinteren, 1 an der vorderen Fläche und 2 am Fundus auf. Nach Kürzung der Fäden der hinteren Wand werden zum Zweck der Vaginofixation die beiden Scheidenlappen durch je eine Seidensutur mit dem Fundus vereinigt, und die darüber und darunter gelegene Scheidenwunde mit einem fortlaufenden Catgutfaden zu einem sagittalen Wundspalt zusammengezogen, aus welchem die Seidenfäden herausgeleitet werden.

Nach der Operation liegt der Uterus ausgezeichnet antevertirt-flektirt.

11. 3. 94. Pat. geht ohne Beschwerden und fühlt sich völlig wohl. Die Menstruation ist regelmässig eingetreten.

Uterus in normaler Anteversio-flexio.

Entfernung der Seidenfäden.

Fall 181. Frau Rausch, 34 Jahre, mp., hat zuletzt vor 8 Jahren eine normale, vor 7 Jahren eine Fehlgeburt durchgemacht. Sie klagt über Schmerzen bei der Cohabitation, Kreuzschmerzen, Fluor. Die Menstruation ist abwechselnd stark und schwach, 2—5tägig in 3wöchentlichem Intervall.

17. 1. 94. Die Untersuchung in Narkose ergiebt die Ovarien beweglich, Stränge nach hinten und beiden Seiten. Uterus 7 cm lang, anteflektirt.

Intraperitoneale Vaginofixation: T-Schnitt im vorderen Scheidengewölbe, Ablösung der Blase von den Scheidenlappen und der Cervix, 2 provisorische Nähte, durch Zug an der oberen wird die Plica sichtbar und darauf eröffnet. Nunmehr wird der Uterus mittels höher eingesetzter Kugelzangen gefasst und bis vor die Vulva gezogen. Die directe Palpation der Adnexe erweist diese als normal. Es werden daher sofort 2 Silkwormnähte durch die beiden Scheidenlappen und den Fundus durchgeführt und geknotet, worauf die Scheidenwunde durch einen fortlaufenden Catgutfaden geschlossen wird.

Nach der Operation liegt der Uterus stark anteflektirt.

27. 1. 94. Geheilt entlassen.

6. 2. 94. Bei Bewegungen manchmal Stechen in der linken Seite. Menstruation hat bis jetzt, 8 Tage lang, nicht stark gedauert.

Uterus anteflektirt, wenig antevertirt, Portio steht etwas unter der Spinallinie.

4. 4. 94. Menstruation wie früher, 2tägig, 5—6 Tage vor und nach der Menstruation scharfer Fluor. Pat. sieht blühend aus und ist nach ihrer Angabe garnicht satt zu bekommen.

7. 4. 94. Uterus liegt in völlig normaler Anteversio-flexio.

Entfernung der Fäden.

5. 5. 94. Wohlbefinden. Uterus liegt normal.

Beobachtungsdauer: 3½ Monate.

Fall 182. Frau Wolff, 37 Jahre alt, ist von mir am 25. 9. 91 mittelst tiefer Cervixincisionen, Scheidendammeinschnitt und Zange entbunden worden [1]). Wegen Retroflexio uteri wurde sie bis zum 18. 1. 94 mit Ringen behandelt. Am 11. 4. 93 wurde der Ring probeweise entfernt, weil der künstlich retrovertirte Uterus in Anteflexion zurückkehrte. Indessen auch nach mehreren späteren derartigen Versuchen lag der Uterus bei der nächsten Untersuchung stets retrovertirt.

18. 1. 94. Intraperitoneale Vaginofixation. Untersuchung in Narkose ergiebt beide Ovarien beweglich, rechtsseitige parametritische Stränge.

Curettement, T-Schnitt im vordern Scheidengewölbe, stumpfe Ablösung der Blase von den Scheidenlappen und der Cervix, Anlegung einer provisorischen Naht, an welcher nach Entfernung des Spiegels und der die Portio fixirenden Kugelzangen die vordere Corpuswand heruntergezogen wird. Jetzt wird oberhalb der Sutur die Plica unter

1) Cf. Fall 17 in meiner diesbezüglichen Arbeit, Dieses Arch. Bd. 44, H. 3.

Leitung des Auges geöffnet, und ein Catgutfaden durch den linken Scheidenlappen und den Peritonealrand durchgezogen. Zwei höher eingesetzte Kugelzangen ziehen das Corpus uteri vor die Vulva, worauf die Besichtigung der Tuben und Ovarien diese als normal erweist. Der Uterus wird nun reponirt, und 2 Silkwormnähte durch die Winkel der Scheidenlappen und den Fundus gelegt, nachdem vorher noch der oben erwähnte Catgutfaden geknotet und die Plica durch einen zweiten Catgutfaden auch an den rechten Scheidenlappen angenäht war. Zum Schluss wird die Scheidenwunde durch einen fortlaufenden Catgutfaden zu einem sagittalen Wundspalt zusammengezogen.

Nach vollendeter Operation liegt der Uterus anteflektirt.

3. 2. 94. Keine Beschwerden. Uterus stark anteflektirt.

24. 2. 94. Kreuzschmerzen. Uterus beweglich, anteflektirt.

10. 3. 94. Beschwerden gering. Uterus liegt gut. Entfernung der Fäden.

9. 4. 94. Beim Bücken sind noch Kreuzschmerzen vorhanden. Menstruation wie früher. Uterus in normaler Anteversio-flexio.

6. 8. 94. Uterus liegt normal.

Beobachtungsdauer: $6^2/_3$ Monate.

Fall 183. 16. 1. 1894. Frau Braun, IIpara, hat als Mädchen an heftiger Dysmenorrhoe gelitten. Seit $2^3/_4$ Jahren, kurz vor der zweiten Schwangerschaft, leidet sie an Kreuzschmerzen, und sind dieselben im letzten Jahr stärker geworden. Seit der letzten Schwangerschaft auch Brennen in den Händen und auf dem Scheitel. Menstruation regelmässig, in 4wöchentlichem Intervall, ohne Schmerzen, dauert 3—5 Tage, ist ziemlich stark. Geringer Fluor.

Uterus nicht vergrössert, retroflektirt, fixirt, nicht reponibel, beide Ovarien klein, ebenfalls fixirt. Vulva klafft, vordere Vaginalwand gesenkt.

30. 1. 94. Intraperitoneale Vaginofixation. Die Untersuchung in Narkose ergiebt, dass der Uterus doch reponibel ist, dass beide Ovarien beweglich sind und dass die Stränge nach rechts und links dicht hinter den Ovarien an die Beckenwand ziehen. Ectropium, Inversion beider Vaginalwände. Narbe eines alten Dammrisses.

Curettement. Medianer Längsschnitt spaltet die vordere Scheidenwand, ein Querschnitt eröffnet das vordere Scheidengewölbe, die so entstandenen Scheidenlappen werden nach beiden Seiten je 2 cm von der Blase abpräparirt. Von der Cervix wird die Blase stumpf abgelöst, worauf (ohne Sonde und ohne provisorische Naht) das Peritoneum mit dem Finger herabgezogen und unter Leitung des Auges mit der Scheere geöffnet wird. Mit einer Kugelzange, die zunächst ausriss, wird darauf die vordere Corpuswand gefasst und nach Entfernung des Spiegels und der die Portio fixirenden Kugelzangen der ganze Uteruskörper bis vor die Vulva gezogen. Hierbei half noch der hakenförmig über den Fundus weggeführte linke Zeigefinger nach. Die Ovarien und Tuben treten mit bis vor die Vulva heraus, so dass nach Abnahme der Kugelzange das Bild der Fig. 8 sich präsentirte. Ohne überhaupt irgend einen Zug an den Genitalien auszuüben, konnte ich nunmehr mehrere Cysten der Ovarien mit dem Pacquelin punktiren. Darauf wurde der Uterus bis zum Fundus unter den Urethralwulst zurückgedrückt, wobei auch die Adnexe verschwanden, und nun mit 2 Silkwormnähten der Fundus an das obere Ende des Schnittes angenäht. Es war etwas schwierig, darauf die Wundränder der vorderen Scheidenwand zu vereinigen; doch gelang es durch 2 fortlaufende, von der Mitte der Wunde nach oben

und unten geführte Catgutnähte, nachdem die Portio mit einer Kugelzange wieder nach vorn gezogen war.

Es wurde darauf das Ectropium mit der Curette abgekratzt und eine Kolporrhaphia posterior (fortlaufende Catgutsutur) angeschlossen.

Nach vollendeter Operation lag der Uterus in normaler Anteversio-flexio.

13. 2. 94. Pat. wird nach völlig normalem Verlauf mit anteflektirtem Uterus und per primam geheilter Kolporrhaphiewunde ohne Beschwerden entlassen.

3. 4. 94. Pat. hatte die erste Menstruation sehr stark und mit Schmerzen, die zweite normal. Fluor. Uterus in normaler Lage, klein. Vulva und Scheide eng und straff. Entfernung der zwei Fäden.

7. 6. 94. Pat. klagt noch über Fluor. Menstruation normal. Uterus liegt anteflektirt. Endometritis.

Beobachtungsdauer: 4 Monate.

Fall 184. 15. 2. 1894. Frau Br. . ., welche mir durch Herrn Oberstabsarzt Dr. Villaret zugewiesen wurde, ist seit $2^1/_2$ Jahren steril verheirathet und seitdem krank. Speciell seit Herbst 1893 leidet sie an Magen- und Kreuzschmerzen. Die Menstruation ist sehr schwach, dauert aber 6—12 Tage.

16. 2. 94. Intraperitoneale Vaginofixation. Untersuchung in Aethernarkose ergiebt den retroflektirten Uterus 7 cm lang, das linke Ovarium verwachsen. Bimanuelle Lösung desselben. Curettement. Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe (P_1), stumpfe Ablösung des retrovesicalen Bindegewebes, Anlegung einer provisorischen Sutur an der höchsten Stelle der sichtbaren vorderen Uteruswand (P_2).

Nach Abnahme der Kugelzangen Zurückdrücken der Portio und Herunterziehen der vorderen Uteruswand an der Ligatur. Dicht oberhalb der Ligatur wird das Peritoneum eröffnet (P_3), mit zwei successive eingesetzten Kugelzangen wird der Fundus sichtbar gemacht, und 2 Silkwormnähte durch die vordere Scheidenwand und den Fundus gelegt (P_4).

Die Fixationsnähte werden geknüpft und der Querspalt im Scheidengewölbe durch den fortlaufenden Catgutfaden zu einem sagittalen Wundspalt zusammengezogen (P_5) [1]).

Der Uterus liegt nach der Operation in normaler Anteversio und starker Anteflexio.

31. 3. 94. Menstruation ist 1 Mal nach der Operation dagewesen, dauerte 6 Tage und war schwächer, wie früher. Die Kreuzschmerzen haben bedeutend nachgelassen, der Hauptschmerz ist weg, nur die Magenschmerzen strahlen manchmal bis ins Kreuz aus.

Uterus anteflektirt, beweglich, Adnexe normal. Entfernung der Fäden.

6. 8. 94. Keine Beschwerden. Uterus liegt normal.

Beobachtungsdauer: $5^2/_3$ Monate.

Fall 185. 11. 11. 1893. Frau Piontek, 31jährige IIIp., hat vor 4 Jahren zuletzt abortirt und seitdem eine Senkung. Trotz 3jähriger Ringbehandlung hat sie Kreuzschmerzen und Schmerzen in der rechten Seite, die sie arbeitsunfähig machen. Menstruation 3tägig, in 3 bis $3^1/_2$ wöchentlichem Intervall.

---

1) Die eingeklammerten Buchstaben bezeichnen die Nummern der Momentphotogramme, welche ich von diesem Fall anfertigen liess und in der hiesigen geburtshülflichen und der medicinischen Gesellschaft demonstrirte. Die Figuren 6—10 (s. u.) stammen von Fall 185.

Der grosse Uterus liegt in einem Mayer'schen Ring retrovertirt, ist unter Schwierigkeiten reponibel. Nach der Reposition spannen sich perimetritische Stränge im Douglas an, mit denen das linke Ovarium verbunden ist.

17. 2. 94. Intraperitoneale Vaginofixation. In Aethernarkose findet man den Uterus stark verdickt, 8 cm lang, reponibel. Beide Ovarien sind beweglich, das linke vergrössert; nach rechts und links hinten ziehen sich zahlreiche dünne Stränge.

Curettement. Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe, stumpfe Ablösung des retrovesicalen Bindegewebes; Anlegung der ersten provisorischen Sutur an der höchsten sichtbaren Stelle der vorderen Uteruswand (P_1). Oberhalb derselben wird bei noch herabgezogener Portio die Plica vesico-uterina eröffnet und durch 2 Catgutsuturen an die vordere Scheidenwand herangezogen (P_2). Nunmehr wird die vordere Wand an der provisorischen Sutur heruntergezogen, die Portio nach hinten gedrückt und mit dem Spiegel nach hinten gedrückt gehalten, und mittels zweier unter Leitung des Auges successive höher eingesetzter Kugelzangen der ganze Uteruskörper sammt Ovarien und Tuben bis vor die Vulva gezogen. (P_3 und P_4. Auf P_4 sind durch geeignete Einstellung auch die Tuben sichtbar gemacht.)

Ignipunctur einiger erbsengrosser Follikel an beiden Ovarien. Es werden darauf 2 Silkwormnähte durch die vordere Scheidenwand, den peritonealen Wundrand und den Fundus uteri durchgelegt, der Uterus ohne Schwierigkeit reponirt und die Nähte geknotet. Ein Faden reisst, so dass in der Mitte noch eine dritte Silkwormligatur durch den Scheidenwundrand, den peritonealen Wundrand und den Fundus uteri durchgelegt wird. Es wird nunmehr aus der vorderen Wand der Cervix ein sagittaler Keil ausgeschnitten, mit welchem auch ein Theil der Cervixschleimhaut entfernt wird (weil der Cervicalkanal sehr weit war). Die gesetzte Wunde wird durch 4 Silkwormnähte vereinigt (P_5), so dass eine zierliche, konisch nach unten zulaufende Portio entsteht. Zum Schluss wird durch einen fortlaufenden Catgutfaden der Querspalt im vorderen Scheidengewölbe zu einem sagittal verlaufenden Wundspalt zusammengezogen (P_5).

Nach der Operation liegt der Uterus in ganz normaler Anteversioflexio. Portio in der Spinallinie, Fundus hinter der Symphyse.

26. 2. 94. Geheilt entlassen.

31. 3. 94. Pat. klagt noch über Kreuz- und Kopfschmerzen. Menstruation vom 10.—12. 3. war so stark wie vorher noch nie.

Uterus bedeutend verkleinert, Portio zierlich. Lage des Uterus völlig normal. Entfernung der Fäden.

10. 4. 94. Kreuzschmerzen verschwunden. St. idem.

2. 5. 94. Pat. klagt über Rückenschmerzen. St. id.

Beobachtungsdauer: 2½ Monate.

Fall 186. 9. 2. 1894. Frau Seeboth (Polikl. No. 419), 32jährig, hat in ihrer 4jährigen Ehe 1 mal vor 3 Jahren normal geboren. Seitdem Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes, Kreuzschmerzen und ein eigenthümlicher Leibschmerz vor jedem Stuhlgang. Menstruation 3tägig, schwach, in 4wöchentlichem Intervall.

Uterus retrovertirt, klein, nach links hinten gezogen, nicht reponibel.

19. 2. 94. Intraperitoneale Vaginofixation. Die Untersuchung in Aethernarkose bestätigt den schon erhobenen Befund: Der Uterus ist

bimanuell irreponibel wegen sehr bedeutender perimetritischer Verwachsungen, besonders mit dem linken Ovarium. Der Fundus lässt sich nur mit Hülfe der Sonde nach vorn drängen.

Curettement; bogenförmiger, nach unten convexer Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe, Anlegung zweier provisorischer Nähte unter Leitung des Auges (ohne Sonde). Nach Entfernung der Kugelzangen wird die Portio mit dem Spiegel nach hinten gedrückt gehalten, und an der obersten provisorischen Sutur die vordere Wand des Uteruskörpers nach abwärts gezogen, an ihrer oberen sichtbaren Grenze eine Kugelzange eingesetzt und oberhalb derselben die Plica vesico-uterina eröffnet. Der Uterus wird jetzt successive höher mit mehreren Kugelzangen gefasst, folgt jedoch dem Zuge nicht, sondern federt bei geringem Nachlass desselben mit grosser Elasticität nach hinten zurück (Fixationen!), so dass mehrere Kugelzangen ausreissen, und die Wunden durch Nähte geschlossen werden müssen. Schliesslich gelingt es aber doch, den Fundus uteri in die Vagina herabzuziehen, ohne dass aber die Adnexe sichtbar würden. Der eingeführte Finger constatirt, dass die Ovarien beiderseits, und besonders links, in zahlreiche perimetritische Adhäsionen, die auch mit dem Uterus zusammenhängen, eingebettet sind. Diese Adhäsionen werden so viel wie möglich stumpf mit dem Finger gelöst — ohne dass es aber gelingt, die Ovarien frei beweglich zu machen —, der Fundus durch 3 Silkwormnähte an die vordere Scheidenwand angenäht, und die Wunde durch einen fortlaufenden Catgutfaden zu einem sagittalen Wundspalt geschlossen.

Nach der Operation liegt der Uterus sehr gut anteflektirt.

4. 4. 94. Pat. hatte in der ersten Zeit nach der Operation noch Schmerzen, die sich jetzt aber ganz gegeben haben. Die erste Menstruation, gleich nach der Operation, war etwas stärker als früher, ebenso die letzte, vom 31. 3. bis 2. 4. Pat. ist jetzt schon im Stande, mehrere Stunden zu gehen und fühlt sich sehr wohl.

Uterus gut antevertirt-flektirt, klein, wird durch beiderseitige fingerdicke Stränge etwas retroponirt.

Entfernung der Fäden.

30. 4. Status idem.

Beobachtungsdauer: $2^1/_3$ Monate.

Fall 187. Pat. ist die 23jährige Frau Möller aus Gr., sie ist immer gesund gewesen, bekam im 14. Jahre die Menses, diese waren unregelmässig 4—6 Wochen, reichlich (8 Tage) mit Schmerzen verbunden, bisweilen gingen Stücke ab. Ausfluss hat sie seit dem letzten Wochenbett. Sie hat 2 normale Geburten mit gesundem Wochenbett überstanden, die letzte vor $^5/_4$ Jahren. Seit der letzten Entbindung leidet sie an Schmerzen im Unterleib, Druck auf den Mastdarm, Drängen nach unten, Schmerzen beim Stuhlgang, Steigerung der Schmerzen beim Gehen. Verschiedene Pessarien nach Hodge vermochten den Uterus nicht dauernd in Anteversion zu erhalten. Auf Wunsch des Herrn Geheimrath Prof. Pernice nahm ich am 14. 3. 94 in der Greifswalder Klinik die intraperitoneale Vaginofixation vor. Die von mir bei dieser Gelegenheit ausgeführte Untersuchung in Narkose ergab eine völlig mobile Retroflexio des 8 cm langen Uterus, das linke Ovarium stark vergrössert, die Vulva klaffte, beide Scheidenwände waren in ihrem unteren Theil vorgefallen, die Portio war bilateral lacerirt, die Cervixschleimhaut in der Höhe von $1^1/_2$ cm ectropionirt und entzündet.

Es wurde zunächst curettirt, dann ein Querschnitt im vordern Scheidengewölbe gemacht, die Blase stumpf von der Cervix abgelöst und jedesmal an der höchsten sichtbaren Partie der vordern Uteruswand zwei provisorische Seidenzügel durchgelegt. Oberhalb der zweiten wurde unter Leitung des Auges die Plica vesico-uterina mit der Scheere eröffnet und sofort durch 2 Catgutnähte mit dem Scheidenwundrand vernäht. Durch die Oeffnung im Peritoneum wurde das Corpus uteri mit einer Kugelzange gefasst und in die Laquearwunde herabgezogen, nachdem die zwei die Portio fixirenden Kugelzangen entfernt waren, und die Portio nach hinten gedrückt war. Eine zweite, höher eingesetzte Kugelzange riss aus, und wurde durch einen Seidenzügel ersetzt, an welchem nunmehr der ganze Uteruskörper mitsammt den linken Adnexen bis vor die Vulva gezogen werden konnte. Das linke, ungefähr hühnereigrosse Ovarium zeigte sich mit zahlreichen Cysten durchsetzt, welche durch den Pacquelin eröffnet wurden. Ebenso wurde mit dem nunmehr vorgezogenen rechten vergrösserten Ovarium verfahren und dann 2 Silkwormknopfnähte durch den Scheidenwundrand und den Fundus uteri gelegt, welche nach leichter Reposition des Uterus geknotet wurden. Es folgte die Vernähung der Scheidenwunde zu einem sagittal verlaufenden Wundspalt durch einen fortlaufenden Catgutfaden, die Excisio mucosae cervicis nach Schröder (Vernähung mit Seidenknopfnähten) und die Kolpoperineorrhaphie nach Hegar (Vernähung mit fortlaufendem Catgutfaden). Nach beendeter Operation lag der Uterus in normaler Anteversio-flexio und die Vulva war derartig verengt, dass das Hymen wieder einen ganz geschlossenen Ring bildete.

21. 3. 94. Pat. hatte nur am 15. und 19. Abends eine höchste Temperatur von 38 (nach Ricinusdarreichung). Uterus anteflektirt, die Scheidenwunde in guter Heilung begriffen. 24. 7, 94. Nach gütigem Bericht (Dr. Westphal) geht es Pat. gut, der Uterus liegt normal.

Beobachtungsdauer: 4 1/3 Monate.

Fall 188. (Poliklinik No. 447.)

13. 8. 1894. Frau R., 25 Jahre, hat einmal im October 1892 geboren. Die Menstruation war stets regelmässig, beim Eintritt mit Schmerzen verbunden, 5tägig. Fluor. Seit der Entbindung leidet Pat. an Magenschmerzen und Verstopfung.

Uterus hart, vergrössert, retroflektirt, im Douglas empfindliche Stränge. Im Thomasring liegt der Uterus retroflektirt.

15. 3. 94. Intraperitoneale Vaginofixation (Operateur Dr. Assmann). In Aethernarkose ergiebt die Untersuchung den Uterus 8 cm lang, dünnwandig, schlaff, leicht reponibel, die Stränge dehnbar. Nach Curettement wird die Portio herabgezogen, und das vordere Scheidengewölbe durch einen Querschnitt eröffnet. Oberhalb zweier provisorischer Nähte wird das Peritoneum eröffnet und der Uteruskörper nebst Adnexen bis vor die Vulva gezogen.

Das rechte Ovarium ist beweglich, das linke durch Stränge fixirt, die sich theilweise lösen lassen. Cystische Anschwellungen beider Ovarien werden mit dem Pacquelin eröffnet, der Uterus reponirt und 3 Silkwormnähte durch vordere Vaginalwand, Peritoneum und Fundus uteri gelegt. Schluss der Scheidenwunde mit Catgut.

27. 3. 94. mit anteflektirtem Uterus entlassen, nachdem Herr Kollege Dr. Rosenheim bei ihr eine Magendilatation festgestellt hatte.

8. 4. 94. Schmerzen im Leib, Magenschmerzen besser. Uterus stark anteflektirt. — Beobachtungsdauer: 24 Tage.

Fall 189. Frau Krüger, 26jährige IIp., leidet seit ihrem 17. Jahr, seit dem Beginn der Menstruation, an Magenschneiden, Kreuzschmerzen und Schmerzen in der linken Seite. Die Beschwerden haben sich nach der 1. Geburt gebessert, nach der 2. verschlimmert. Pat., die bis jetzt an Chlorose behandelt ist, klagt über grosse Schwäche.

Uterus retrovertirt, schwer reponibel, wird durch Stränge zum rechten Ovarium wieder nach hinten gezogen.

29. 3. 94. Intraperitoneale Vaginofixation in Aethernarkose. Die Untersuchung in derselben ergiebt normale Adnexe, Strang nach hinten, Uterus 8 cm lang.

Curettement. Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe, stumpfe Ablösung der Blase von der Cervix, sofortige Eröffnung der Plica vesico-uterina unter Leitung des Auges. Durch dieselbe hindurch wird der Uteruskörper mit einer Kugelzange gefasst und nach Entfernung der die Portio fixirenden Kugelzangen nach vorn und unten gezogen. Durch eine zweite, höher eingesetzte Kugelzange gelingt es, den ganzen Uteruskörper sammt Adnexen bis vor die Vulva zu ziehen. Nach Punction einer haselnussgrossen Cyste des linken Ovarium mit dem Pacquelin werden 3 Silkwormnähte durch die vordere Scheidenwand und den Fundus gelegt, ihre Enden mit einer Klemme gefasst, der Uterus reponirt und nunmehr die 3 Nähte geknüpft, worauf der Querschnitt zu einer sagittalen Wundspalte durch einen fortlaufenden Catgutfaden zusammengenäht wird. Zum Schluss Kolpoperineorrhaphie nach Hegar. Naht mit fortlaufendem Catgutfaden.

12. 4. 94. Geheilt entlassen.

18. 4. 94. Pat. hat nur ab und zu Schmerzen in der linken Seite, wie sie meint, durch Blähungen bedingt. Uterus in normaler Anteversio-flexio. Straffer Beckenboden.

1. 6. 94. Pat. hat nur Magenbeschwerden. Normaler Genitalbefund. Beobachtungsdauer: 2 Monate.

Fall 190. Frau H., IVpara, leidet an Drängen nach unten, Kreuzschmerzen und hat jetzt 5 Wochen andauernde Blutungen gehabt, wegen deren sie schon von Herrn Collegen Zeppler behandelt worden ist.

5. 4. 1894. Intraperitoneale Vaginofixation in Aethernarkose, nachdem die Untersuchung den Uterus retrovertirt, 8½ cm lang ergeben hatte. Die Ovarien waren beweglich, nach rechts und links hinten vom Uterus waren Stränge zu fühlen, die als parametritische gedeutet wurden.

Nach dem Curettement Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe, stumpfe Ablösung der Blase, Herunterziehen der Plica vesico-uterina mit dem Finger und Eröffnung derselben unter Leitung des Auges. Der peritoneale Wundrand wird sofort mit dem Scheidenwundrand durch 2 Catgutnähte vereinigt und mittelst zweier Kugelzangen der Fundus uteri und die Adnexe bis vor die Vulva vorgezogen, nachdem die Portio nach hinten gedrückt war. Am linken Ovarium wird eine haselnussgrosse Cyste mit dem Pacquelin eröffnet, 3 Silkwormnähte durch vordere Vaginalwand, Peritoneum und Fundus uteri gelegt, der Uterus reponirt, die Nähte geknüpft und die Scheidenwunde durch einen fortlaufenden Catgutfaden zu einem sagittalen Spalt zusammengezogen.

Es folgt Kolpoperineorrhaphie nach Hegar.

20. 4. 94. Uterus stark anteflektirt, etwas retroponirt. Plastik gut geheilt. Entlassung.

5. 5. 94. Pat. klagt nur über Schwäche. Status idem. Entfernung der Fäden. 12. 5. 94. Pat. ist seit dem 9. d. M. normal menstruirt. 26. 5. 94. Pat. hat die epileptischen Krämpfe, an denen sie jahrelang litt, nach der Operation verloren und auch sonst keine Beschwerden. Normaler Genitalbefund.

Beobachtungsdauer: $1^2/_3$ Monate.

Fall 191. 25. 2. 1894. Frau Lamprecht, 30 Jahre alt, VIIpara, hat zwischen 2 normalen Geburten 5 mal abortirt. Letzte Geburt vor 2 Jahren. Seit 7 Jahren trägt Pat. einen Ring. Trotzdem bestehen Schmerzen und Brennen im Leib, als ob etwas sich losreissen wollte, Kreuzschmerzen und Drang nach unten. Menstruation in 3wöchentlichem Intervall, 4—5tägig, etwas Fluor. Pat. sieht sehr anämisch und leidend aus. Uterus retrovertirt, gesenkt, 9,5 cm lang, leicht reponibel, Inversion beider Scheidenwände, Adnexe normal.

7. 4. Intraperitoneale Vaginofixation. Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe. Mit den ersten Scheerenschlägen und durch starkes Anziehen des vorderen Scheidenwundrandes mittels Kugelzange löst sich die Blase von der Cervix bis zum Os internum ab. Darauf wird die Plica mit dem Finger herabgezogen und unter Leitung des Auges mit der Scheere eröffnet, worauf sofort der peritoneale Wundrand mit dem Scheidenwundrand durch 2 seitliche Catgutnähte vernäht wird. Durch die Oeffnung im Peritoneum wird jetzt die höchste sichtbare Partie der vorderen Uteruswand mit einer Kugelzange gefasst. Nach Entfernung der die Portio fixirenden Kugelzange wird die Portio nach hinten gedrückt und durch Druck des Spiegels gegen die vordere Wand der Portio nach hinten gehalten. Nunmehr gelingt es mittelst Zuges an der Kugelzange den Fundus bis in die Wunde im vorderen Scheidengewölbe herabzuziehen und ihn vollständig bis vor die Vulva zu bringen, nachdem zuvor die seitlichen Enden der Peritonealränder noch weiter eingeschnitten worden sind. Da die sichtbar gemachten Adnexe sich normal erweisen, so werden sofort 3 Silkwormnähte durch den mit dem Peritoneum bereits vereinigten Scheidenwundrand und den Fundus uteri gelegt und ihre Enden in Köberle's gefasst. Darauf wird der Uteruskörper durch die Wunde im Peritoneum in die Bauchhöhle zurückgeschoben, was ohne Schwierigkeit gelang. Vor der Knüpfung der Fäden musste das Netz, welches sich zwischen Scheide und vordere Uteruswand gelagert hatte, über den Fundus nach hinten weggeschoben werden. Darauf Knüpfung der Fixationsnähte und Vereinigung der queren Scheidenwunde zu einem sagittalen Wundspalt durch fortlaufenden Catgutfaden. Da eine ziemliche Inversion der vorderen Scheidenwand besteht, so wird noch ein unterhalb des Harnröhrenwulstes beginnendes Oval der vorderen Scheidenwand excidirt und durch fortlaufenden Catgutfaden vernäht.

Es folgt zum Schluss die Kolpoperineorrhaphie und Naht mit fortlaufendem Catgutfaden.

18. 4. Damm geheilt. Uterus nicht retroponirt, normal anteflektirt. 21. 4. Pat. wird entlassen.

11. 5. 94. Pat. hat keine Beschwerden. Scheidenrohr eng und straff. Uterus in normaler Anteversio-flexio. 27. 5. Entfernung der Fäden. 25. 6. 94. Keine Beschwerden. Uterus anteflektirt.

Beobachtungsdauer: $1^2/_3$ Monate.

Fall 192. 9. 4. 94. Frau Hoppe, 36 Jahre alt. Bisher gesund. Seit 13 Jahren verheirathet. 5 ausgetragene Kinder, dazwischen 4 Aborte. Vor 5 Wochen Abgang einer Frucht im 2. Monat. Seitdem fortdauernd Blutungen, zuweilen sehr stark (Blutsturz). Letzte Regel Anfang Januar 1894. Die letzte Geburt vor dem Abort rechtzeitig.

Uterus spitzwinklig retroflektirt, vergrössert, Stränge nach hinten, Adnexe normal, Reposition möglich.

10. 4. 94. Untersuchung in Aethernarkose ergiebt den Uterus 12,5 cm lang, Portio sehr hypertrophisch, Prolaps beider Scheidenwände. Adnexe normal.

Bei der bimanuellen Untersuchung entsteht eine sehr starke Blutung ex utero. Alsbald Erweiterung des Cervicalkanals durch Fritsch'sche Dilatatoren. Im Uterus befinden sich beträchtliche Placentarreste. Manuelle Entfernung derselben. Verkleinerung des Uterus auf 9 cm. Jodoformgazetamponade.

Veranlasst durch die ziemlich schnell erfolgte Verkleinerung des Uterus wird die intraperitoneale Vaginofixation, von welcher im anderen Falle einstweilen noch abgesehen worden wäre, sogleich vorgenommen. In Verbindung mit ihr werden rücksichtlich der anderen pathologischen Zustände gleichzeitig Kolporrhaphia anterior, Excision eines sagittalen Keiles aus der vordern Cervixwand und Kolporrhaphia posterior verbunden. Der Gang der Operation gestaltet sich folgendermaassen:

1. Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe mit Messer, Erweiterung desselben nach beiden Seiten mit Cowper'scher Scheere.
2. Herunterziehen der Plica mit dem Finger und Eröffnung derselben. Vernähung des Peritoneum durch 2 seitlich angelegte Catgutnähte.
3. Excision eines Ovals aus der vorderen Vaginalwand. Der Ovalärschnitt beginnt etwas unterhalb der Urethra und endigt in den Winkeln des Querschnitts. Darauf wird die Vaginalschleimhaut von der hinteren Blasenwand abpräparirt.
4. Der Uterus wird bis zu seinem Fundus in die Vagino-Peritonealwunde herabgeholt, von einem vollständigen Herausholen aber abgestanden, weil zu erwarten stand, dass der immerhin noch recht grosse Uterus der Reposition Schwierigkeiten entgegensetzen wird. Indess ist der Uterus doch soweit herabgezogen, dass die Tubenwinkel beiderseits sichtbar sind. Alsdann werden durch den Fundus uteri und die Spitze der Vaginalwunde 3 sagittale Silkwormnähte gelegt, die Nähte mit 3 Köberle's gefasst und alsbald auch geknüpft.
5. Schluss der oberen Hälfte der Vaginalwunde.
6. Excision eines sagittalen Keiles aus der vorderen Cervixwand.
7. Vernähung des Keiles durch quere Silkwormnähte.
8. Völliger Schluss der Scheidenwunde.
9. Kolporrhaphia posterior.

Die Blutung während dieser verschiedenen Operationen war gering, viel geringer als in Fall 191. 20. 4. 94. Wundränder am Damm etwas auseinandergegangen. Wunde in der Scheide vollständig geheilt. Uterus nicht retroponirt, gut zurückgebildet, anteflektirt.

11. 5. 94. Pat. hat keine Beschwerden. Nachdem die Fäden vor einigen Tagen sämmtlich entfernt, liegt der Uterus in normaler Anteversio-flexio, ist bedeutend verkleinert. Vaginalrohr eng und straff.

14. 6. 94. Menstruation ist normal und schwächer wie früher. Uterus 8 cm lang, liegt normal.

Beobachtungsdauer: 2 Monate.

Fall 193. Frau Schoegel, 58jährige 9para. Im 50. Lebensjahr Cessatio mensium. Seit September vorigen Jahres soll Gebärmuttervorfall bestehen. Keine Urinbeschwerden. Vordere Scheidenwand vollständig prolabirt, trocken, hautähnlich, hinter ihr die Blase zu fühlen. Die Portio stark geröthet, von einem Geschwür eingenommen. Uterus retrovertirt, 12 cm lang, lässt sich mit der Sonde reponiren. Hintere Scheidenwand ebenfalls fast völlig vorgefallen.

14. 4. 94. Intraperitoneale Vaginofixation. Nachdem der Vorfall durch einen Scheidentampon vollständig für 24 Stunden zurückgehalten ist, zeigt sich der Uterus nur noch 10 cm lang, die Portio und vordere Scheidenwand abgeschwollen, gerunzelt. Es werden zunächst die Geschwüre am äusseren Muttermund mit dem Pacquelin kauterisirt, dann ein Querschnitt im vordern Scheidengewölbe angelegt, die Plica vesico-uterina mit dem Finger herabgezogen, unter Leitung des Auges geöffnet, und sofort der ganze Uteruskörper nur mit dem Finger bis vor die Vulva gezogen. Es folgt die Vernähung des peritonealen Wundrandes an den Scheidenwundrand und die Excision eines Dreiecks aus der vorderen Scheidenwand, dessen Basis innerhalb der das Peritoneum fixirenden 2 Catgutsuturen, dessen Spitze am Urethralwulst lag. Ungefähr durch die Mitte der Schenkel dieses Dreiecks und durch den Fundus uteri wurden 2 Silkwormnähte durchgelegt, die Fadenenden vorläufig mit einer Klemme gefasst. Darauf wurde aus der ganzen vorderen Wand der Cervix ein Keil excidirt und die gesetzte Wunde durch 6 Silkwormnähte geschlossen. Darauf Vernähung der vorderen Scheidenwunde bis zu den Fixationsnähten, Knüpfung der Fixationsnähte und Vernähung des Restes der Scheidenwunde, wobei oberhalb und unterhalb der Fixationsnaht die Scheidenschleimhaut sehr grosse Neigung zeigte, sich umzukrempeln. Nach beendeter Operation verlief somit eine genähte Wunde vom Urethralwulst bis zum äussern Muttermund. Dauer dieser Operation 36 Minuten. Darauf Kolpoperineorrhaphie.

6 Uhr Abends: Pat. klagte über starke Schmerzen, hat spontan keinen Urin gelassen.

15. 4. 94. Temperatur 38° C., Puls 100. Pat. hat gut geschlafen, klagt aber wieder über stärkere Schmerzen und grosses Durstgefühl; hat spontan Urin lassen können.

Nachm. 4—5 Uhr: Temp. 38,6° C., 7 Uhr 38° C.

16. 4. 94 Vorm. ½10 Uhr: Temp. 37,7° C., Puls 120. Pat. klagt noch über Schmerzen, besond. im Kreuz.

Abends ½6 Uhr: Temp. 38° C., Puls 100.

17. 4. 94 Vorm. ½10 Uhr: Temp. 37,5° C., Puls 96. Pat. hat auf Ricinus Stuhlgang gehabt. Keine besonderen Beschwerden.

30. 4. 94. Weiterer Verlauf normal. Pat. wird ohne Beschwerden mit engem, straffen Scheidenrohr und anteflektirtem Uterus geheilt entlassen.

21. 6. 94. Keine Beschwerden. Uterus anteflektirt. Entfernung der Fäden.

Beobachtungsdauer: 2 Monate.

Fall 194. 28. 2. 1894. Frau H., 26 Jahre alt, IVp., wurde mir von Herrn Kollegen B. Rosenthal zugewiesen. Das erste ausge-

tragene Kind ist 11 Tage alt, gestorben. Pat. hat dann noch eine Früh-, eine Fehlgeburt und zuletzt einen Abort von 6 Wochen durchgemacht. Wegen Dammrisses und Geschwürs an der Gebärmutter ist sie April 93 von anderer Seite operirt worden. Pat. klagt über fortwährende Kreuzschmerzen, beim Gehen, Stehen, überhaupt bei Anstrengungen entstehen Schmerzen im Leib und häufiger Urindrang. Menstruation in 3wöchentlichem Intervall, 6tägig, bei Bewegungen sehr stark.

18. 4. 94. Die Untersuchung in Narkose ergiebt Klaffen der Vulva, eine stark lacerirte Portio, von der sich ein parametritischer Narbenstrang nach hinten fortsetzt, eine Retroversio uteri mobilis und normale Ovarien.

Curettement. Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe, Herunterziehen der Plica mit einem Finger und Eröffnung derselben; Annähung des peritonealen Wundrandes mit 3 Catgutsuturen an den Vaginalrand, Extraction des Uteruskörpers und der Adnexe mittelst dreier successive höher eingesetzter Kugelzangen, Eröffnung mehrerer erbsengrosser Follikel an beiden Ovarien mit dem Pacquelin, Durchführung der drei Fixationsnähte durch Scheidenwand, Peritoneum und Fundus uteri, leichte Reposition des Uterus, Knüpfung der Nähte und Verschluss der Scheidenwunde in der gewöhnlichen Weise. Darauf wird die in zwei Hälften gespaltene hintere Lippe dadurch wieder formirt, dass die oben erwähnte Narbe und ihre Umgebung excidirt und die entstandene quere Wunde durch drei quer verlaufende Silkwormnähte vereinigt wird. Es folgt Kolpoperineorraphie nach Hegar und Naht mit fortlaufendem Catgutfaden. — Dauer der intraperitonealen Vaginofixation 18 Minuten.

19. 4. 93. Nachm. ½6 Uhr: 37,0°, Puls 88.

Pat. hat einmal gebrochen, kann spontan Urin lassen. Beim Urinlassen und auch bei ruhiger Lage klagt sie über starke Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Morphiuminjection.

20. 4. 94. Vorm. ½10 Uhr: 37,3° C., 102. Pat. klagt über Schmerzen im Kreuz und starke Blähungen, die sie sehr quälen. Schlaf schlecht, trotz Morphium. Pat. kann spontan Urin lassen, empfindet dabei starke Schmerzen.

Nachm. ½6 Uhr: 37,4° C., 112. Pat. klagt über starkes Herzklopfen, Puls sehr schwer fühlbar.

21. 4. 94. Vorm. ½10 Uhr: 36,6° C., 108. Pat. klagt wieder über Herzklopfen. Puls an der A. radialis nicht zu fühlen. Objectiv am Herzen ausser einem etwas starken I. Mitralton nichts Abnormes. — Pat. klagt über Brennen an der äusseren Wunde.

11. 5. 94. Pat. hat keine Beschwerden. Straffes enges Scheidenrohr, Uterus in normaler Anteversio-flexio.

26. 5. Entfernung der Fäden.

9. 7. 94. Menstruation bedeutend schwächer. Keine Beschwerden. Uterus liegt normal.

Beobachtungsdauer: $2^2/_3$ Monate.

II. Theil.

Besprechung der Fälle.

Entwickelung und Technik meiner Operationsmethode.

Die Anregung zu dem Versuch, die Retroflexio uteri durch eine vaginale Operation zur Heilung zu bringen, gaben mir die verschiedenen Publicationen von Schücking[1]), nachdem Sänger[2]) bereits vorher die Grundzüge der verschiedenen zu diesem Zweck in Betracht kommenden Operationsmethoden klargelegt hatte. Sänger's Worte sind folgende:

„Auf das vorher antevertirte Corpus uteri könnte man direct Einwirkung auch gewinnen durch quere Spaltung des vorderen Scheidengewölbes, Eröffnung der Plica periton. ant. und Befestigung des Corpus uteri mittels Silberdraht an die Scheide, deren Wunde dann sagittal vereinigt würde, wodurch das Collum gleichfalls weiter nach hinten in seine normale Stellung gedrängt würde, oder durch Einführung des Zeigefingers in den (vorher erweiterten) Uterus, Durchlegung einer Silberdrahtschleife vom vorderen Scheidengewölbe aus ohne Eröffnung desselben — Ideen, an deren praktische Ausführung ich allerdings noch nicht herangetreten bin."

Während der erste Vorschlag in diesem Passus als ein Vorläufer meiner Methode zu betrachten ist, so ist der zweite ein Vorläufer der Schücking'schen Methode, welche später publicirt worden ist.

In einer späteren vortrefflichen Monographie über Pessarien[3]) sagt Sänger über die vaginale Ligatur Folgendes: „Gemäss meinen eigenen früheren Vorschlägen habe ich kürzlich diese Ligatur in der Weise ausgeführt, dass ich die Blase von der Cervix bis zum Peritoneum hinauf ablöste und dann unter sicherer Vermeidung der ersteren die Ligatur direct einlegte, und zwar nur von der Wunde

1) Eine neue Methode der Radicalheilung der Retroflexio uteri. Centralbl. f. Gynäk. 1888, No. 12, No. 35 und die folgenden Jahrgänge.

2) l. c. 1888, No. 3, S. 41.

3) Ueber Pessarien. Leipzig 1890.

aus und ohne in das Cavum uteri einzudringen. Der betr. Fall steht noch unter Behandlung."

Das Resultat dieses Falles scheint kein günstiges gewesen zu sein, denn Sänger betonte später verschiedentlich, dass er mit den erwähnten Operationsversuchen schlechte Erfahrungen gemacht habe. So sagt er z. B. in seinem Artikel „Operative Behandlung der Retrodeviationen des Uterus und Schücking'sche Vaginalligatur", Centralblatt für Gynäkologie 1892, No. 1 Folgendes:

„Der Vorschlag, zur Vermeidung der Blase das vordere Scheidengewölbe zu spalten und die Cervix von der Blase abzulösen, ist gleichfalls zuerst von mir gemacht, dann von Zweifel, Klotz, sowie von Schücking selbst (s. Centralblatt p. 251) acceptirt worden! Aus theoretischen Erwägungen und nach inzwischen gemachten praktischen Erfahrungen muss ich diese Modification aber selbst für verfehlt erklären, da sie stets zu einer narbigen Antefixatio colli führt."

Die ungünstigen Resultate Sänger's bei der vaginalen Antefixation des Uterus kann ich mir nur dadurch erklären, dass er nur die vordere Wand des Corpus uteri und nicht den Fundus uteri an der vorderen Vaginalwand befestigt hat, worauf ich von vornherein den grössten Werth gelegt habe.

Wenn trotz der Priorität Sänger's die Vorschläge von Schücking den Ausgangspunkt meiner operativen Bestrebungen bildeten, so lag das daran, dass in dem betreffenden Aufsatz Sänger's die angeführten treffenden Bemerkungen unter der Fülle des für die Ventrofixation beigebrachten Materials ganz verschwanden.

Was nun die Schücking'sche Operation anbelangt, so stand es bei mir von vornherein fest, dass ich sie nicht in der vom Autor geschilderten Weise anwenden wollte. Vielmehr hatte ich mir vorgenommen, zunächst, wie bei der vaginalen Totalexstirpation, das vordere Scheidengewölbe zu eröffnen, um Blasenverletzungen zu vermeiden.

Am 13. Juli 1890 wollte ich zusammen mit Herrn Dr. Wimmer, welcher mir die Pat. überwiesen, einen Fall von Retroversio uteri mit dieser Modification operiren und hatte mich zu diesem Zweck auch mit dem Schücking'schen Instrument versehen. Die Untersuchung in Narkose ergab jedoch, dass der Uterus anteflectirt war und nur in Retroversionsstellung lag. Ich beschränkte mich daher auf das Curettement und Lappendammspaltung nach Lawson

Tait. Ich betone den Termin deswegen, um darzuthun, dass mir die Idee der Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes bei der Schücking'schen Operation bereits gekommen war, ehe Sänger[1]) und Zweifel[2]) ihre analogen Vorschläge machten. Erst am 23. 10. 90 bot sich mir Gelegenheit, meine Idee praktisch zu erproben. In diesem Fall (Fall 1) benutzte ich jedoch das Schücking'sche Instrument nur zu dem Zweck, um mir den Fundus in das vordere Scheidengewölbe herabzuziehen. Ich operirte demnach in derselben Weise, wie es Zweifel später in seinen Vorlesungen über klinische Gynäkologie[3]) beschrieben hat, indem ich die Nadel zweimal möglichst hoch durch die vordere Uteruswand durchstach, jedesmal den Faden anzog und dann das Instrument ganz entfernte. Auf diese Weise war die vordere Corpuswand durch eine Schlinge gefasst, deren freie Enden durch das eröffnete vordere Scheidengewölbe in die Scheide geleitet worden waren. An dieser Schlinge liess sich der Fundus bis in das vordere Scheidengewölbe herabziehen und wurde durch 3 versenkte Seidensuturen mit der Cervix vernäht. Darauf wurde der Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe durch eine fortlaufende Catgutnaht geschlossen.

Das Schücking'sche Instrument hatte mich in diesem Fall wenig befriedigt, weil es mir nicht gelang, es wirklich durch den Fundus durchzustossen und weil nicht nur die Spitze, sondern auch die äussere Hülse des Instruments durch die Uteruswand durchdrang und grosse Löcher in die Uteruswand und das Peritoneum der Plica vesico-uterina riss.

Von dem zweiten Fall an liess ich daher das Instrument gänzlich fort und zog mir in diesem und den folgenden Fällen den Fundus durch 1—2 Kugelzangen herunter. Zu diesem Zweck wurde zunächst das vordere Scheidengewölbe durch einen Querschnitt eröffnet, die Blase stumpf von der Cervix abgedrängt, der Fundus durch einen in das Uteruscavum eingeführten Fritsch-Bozeman'schen Katheter nach vorn gedrängt und dann unter Leitung des linken Zeigefingers mit einer Kugelzange gefasst. Eventuell wurde durch eine zweite, oberhalb der ersten eingesetzte

1) Centralbl. f. Gyn. 1890, S. 555 (2. VIII, 90).
2) l. c. No. 39 (27. IX, 90).
3) Berlin 1892, Hirschwald, S. 210.

Kugelzange eine noch höhere Partie der vorderen Uteruswand gefasst und heruntergezogen.

Auch dieses Verfahren liess noch Manches zu wünschen übrig, indem die Kugelzangen leicht ausrissen. Vom Fall 6 an wandte ich daher für das Herunterziehen des Fundus die „provisorischen Ligaturen“ an. Mit einer kleinen, sehr starken, halbkreisförmig gebogenen Nadel wurde nach Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes ein Seidenfaden quer möglichst hoch durch die vordere Uteruswand durchgelegt, der Faden nicht geknotet, sondern nur seine freien Enden zusammengebunden. Diese Schlinge wickelte sich der Assistent um die Hand und zog sie und mit derselben Hand auch die die Portio fixirende Kugelzange stark nach abwärts. Auf diese Weise wurde eine höhere Partie der vorderen Uteruswand für das Durchlegen eines zweiten Fadenzügels zugänglich, und so gelang es, wie es in dem über Fall 6 von dem Stabsarzt der Klinik verfassten Protokoll berichtet wird, schon in dem ersten mit dieser Modification operirten Fall durch zwei solcher Zügel den Fundus ohne Eröffnung des Peritoneums bis fast zur oberen Kuppe aus der Wundöffnung des vorderen Scheidengewölbes vorzuziehen.

In den späteren Fällen gebrauchte ich durchschnittlich drei provisorische Nähte, die ungefähr in Abständen von je 1 cm übereinander lagen, bei bedeutender Vergrösserung des Uterus auch 4 und selbst 5 provisorische Nähte. Andererseits konnte ich in manchen Fällen bei sehr kleinem Uterus oder sehr nachgiebiger vorderer Scheidenwand die provisorischen Nähte ganz entbehren; in diesen Fällen war es nämlich möglich, mit dem linken Zeigefinger den oberen Scheidenwundrand und die dahinter liegende Blase so hoch nach oben zu drängen, dass Platz genug entstand, um die Nadel nach hinten oben bis zum Fundus zu führen und gleich die Fixationsnähte anzulegen.

Von den provisorischen Nähten mache ich noch heute in vielen Fällen Gebrauch, weil diese etwa $^1/_2$ cm tief durch die Uteruswand durchgelegten Zügel den Uterus fest fassen und nur in den seltensten Fällen ausreissen. Auch sind die Verletzungen der Uteruswand durch die Nadelstiche nur sehr geringfügige.

Auch in anderer Weise änderte ich schon in meinem zweiten Fall die Technik, indem ich den Uterus durch 2 Suturen mit der vorderen Scheidenwand vernähte. Von Fall 6 an liess ich die Suturen, welche nur durch Corpus und Cervix gelegt waren, ganz

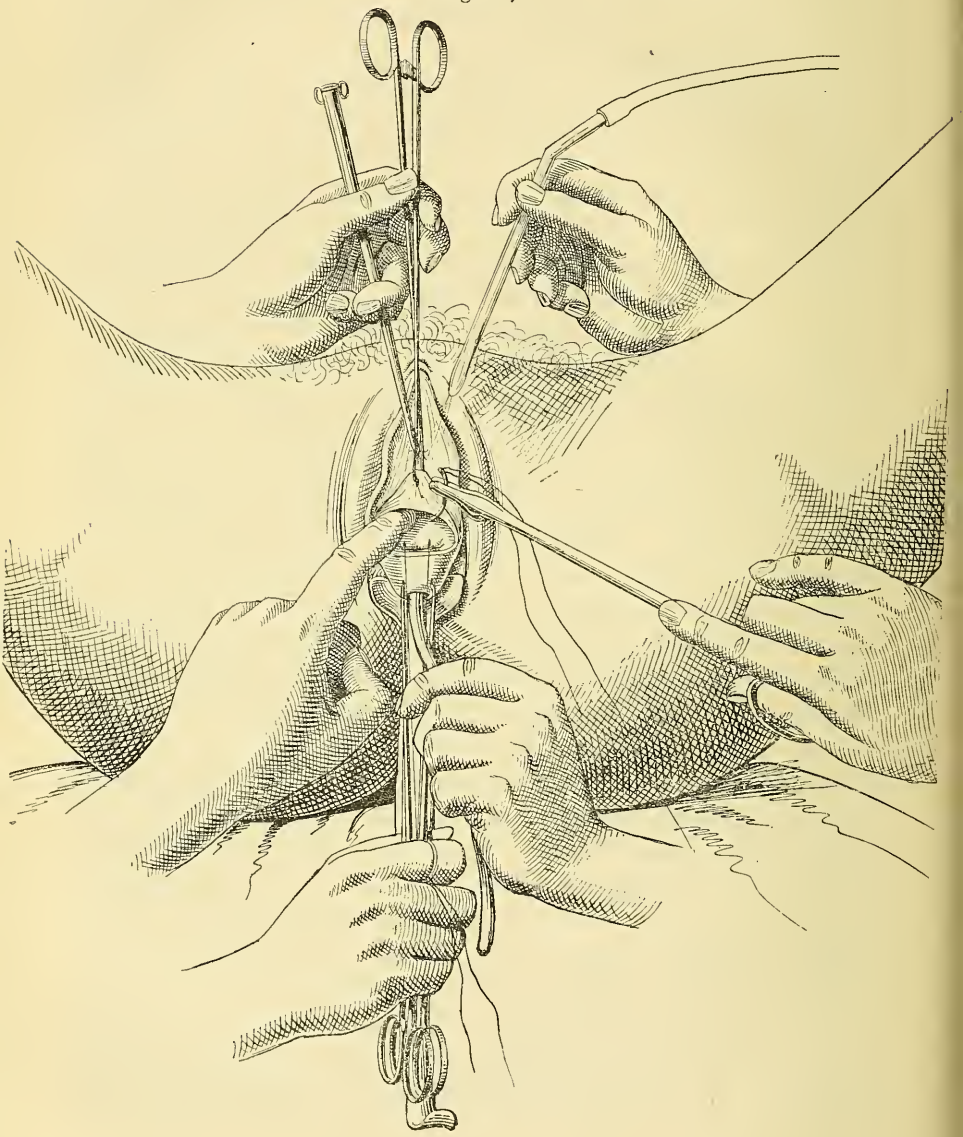
fort, sodass nunmehr sämmtliche Suturen die vordere Scheidenwand fassten, aber nur durch den Uterusfundus nicht auch durch die Cervix gelegt wurden. Die Zahl dieser definitiven oder Fixationsnähte betrug von Fall 12 an stets 2—3. In Fall 11 nähte ich die Querwunde des vorderen Scheidengewölbes durch eine fortlaufende Catgutnaht derart zusammen, dass sie in einen sagittal verlaufenden Wundspalt umgewandelt wurde. Ich kehrte jedoch in den folgenden Fällen zu der alten Methode der Vernähung zurück, um erst von Fall 153 an diese von Sänger[1]) und Fritsch[2]) empfohlene Wundverziehung wieder ausschliesslich zu verwenden. Von Fall 12 an bis Fall 153 gestaltete sich demgemäss das Operationsverfahren folgendermassen: Zunächst wurden etwa vorhandene para- und perimetritische Stränge gedehnt, resp. nach der Methode von B. S. Schultze Uterus und Ovarien aus Verwachsungen gelöst. Nach gründlicher Desinfection der äusseren Geschlechtstheile, ihrer Umgebung und der Scheide mit einprocentiger Lysollösung wurde ein hinteres Simon'sches Speculum eingeführt, die vordere Lippe der Portio mit zwei Kugelzangen angehakt, der Uterus mit einprocentiger Lysollösung ausgespült und curettirt. Nachdem die Blase durch einen männlichen Katheter nach vorn und oben gedrängt, die Portio von dem rechtsstehenden Assistenten bis in die Vulva herabgezogen war, führte der Operateur einen etwa einen Centimeter langen, oberflächlichen queren Schnitt an der Ansatzstelle des vorderen Scheidengewölbes an die Portio, fasste den oberen Wundrand mit einer Kugelzange, liess denselben stark nach oben ziehen, vertiefte den Schnitt mit einer Scheere und verlängerte ihn nach beiden Seiten um je einen Centimeter. Wenn dieser Schnitt, wie das bei Mehrgebärenden fast stets der Fall war, die Beckenfascie mit durchtrennte, so konnte dann der linke Zeigefinger stumpf mit Leichtigkeit die Blase vom Uterus ablösen. Hiernach führte der Operateur eine nach Art des Fritsch-Bozeman'schen Katheters gebogene Sonde in den Uterus, mit welcher der linksstehende Assistent, welcher bis dahin nur die Berieselung des Operationsfeldes (mit einhalbprocentiger Lysollösung) zu besorgen hatte, durch Senken des Griffes den Fundus uteri dem linken Zeigefinger des Operateurs entgegendrängte. Unter Leitung dieses

1) Centralbl. f. Gyn. 1888, No. 3, S. 41.

2) Bericht über die gynäkologischen Operationen des Jahrganges 1891/92, S. 185.

Fingers fasste der Operateur die vordere Wand des Uterus so hoch wie möglich durch eine quere Seidenligatur (s. Fig. 3), welche

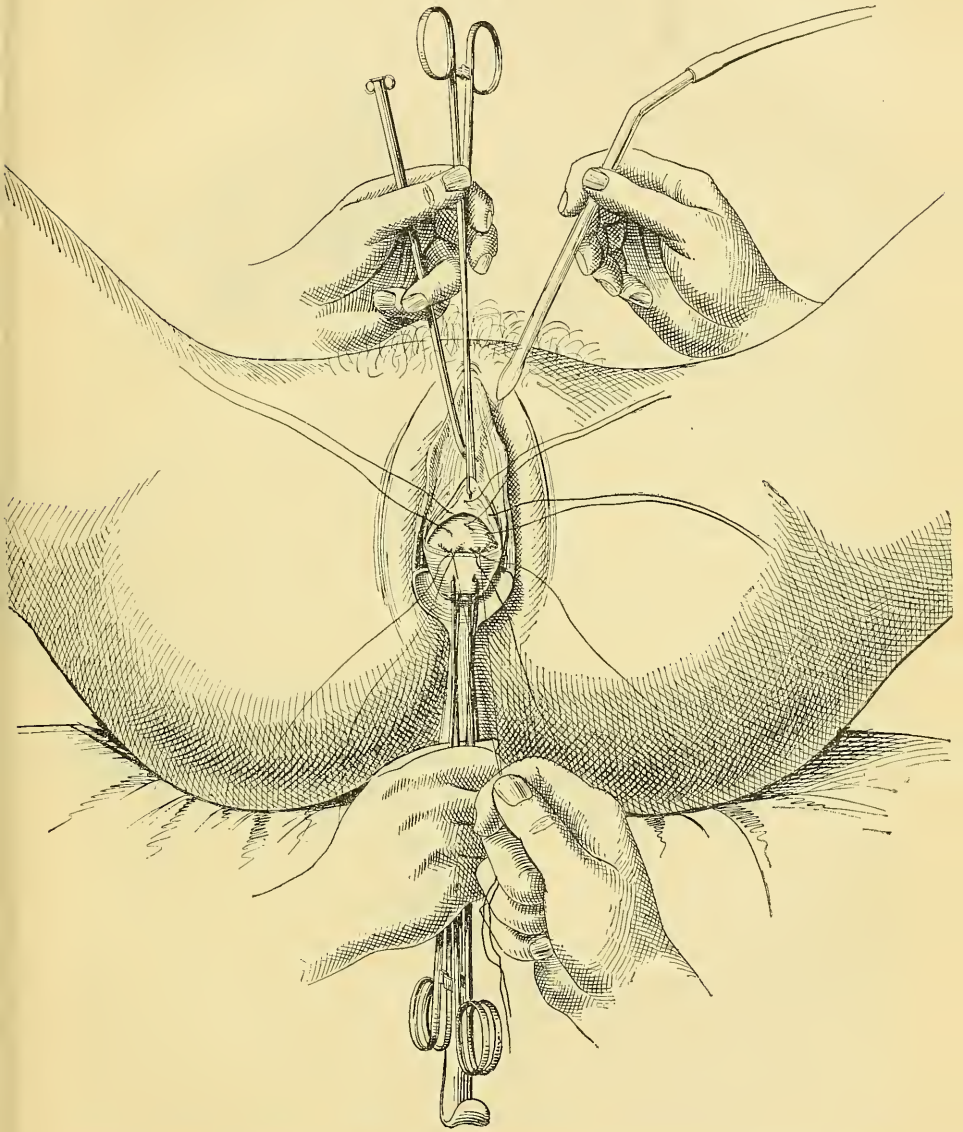
Fig. 3 [1]).



1) Die Figuren 3—5 sind von Herrn Uwira während und nach der Operation von Fall 19 gezeichnet.

nicht geknüpft, sondern nur vom rechtsstehenden Assistenten stark nach abwärts gezogen wurde. Hierdurch konnte eine zweite, dritte

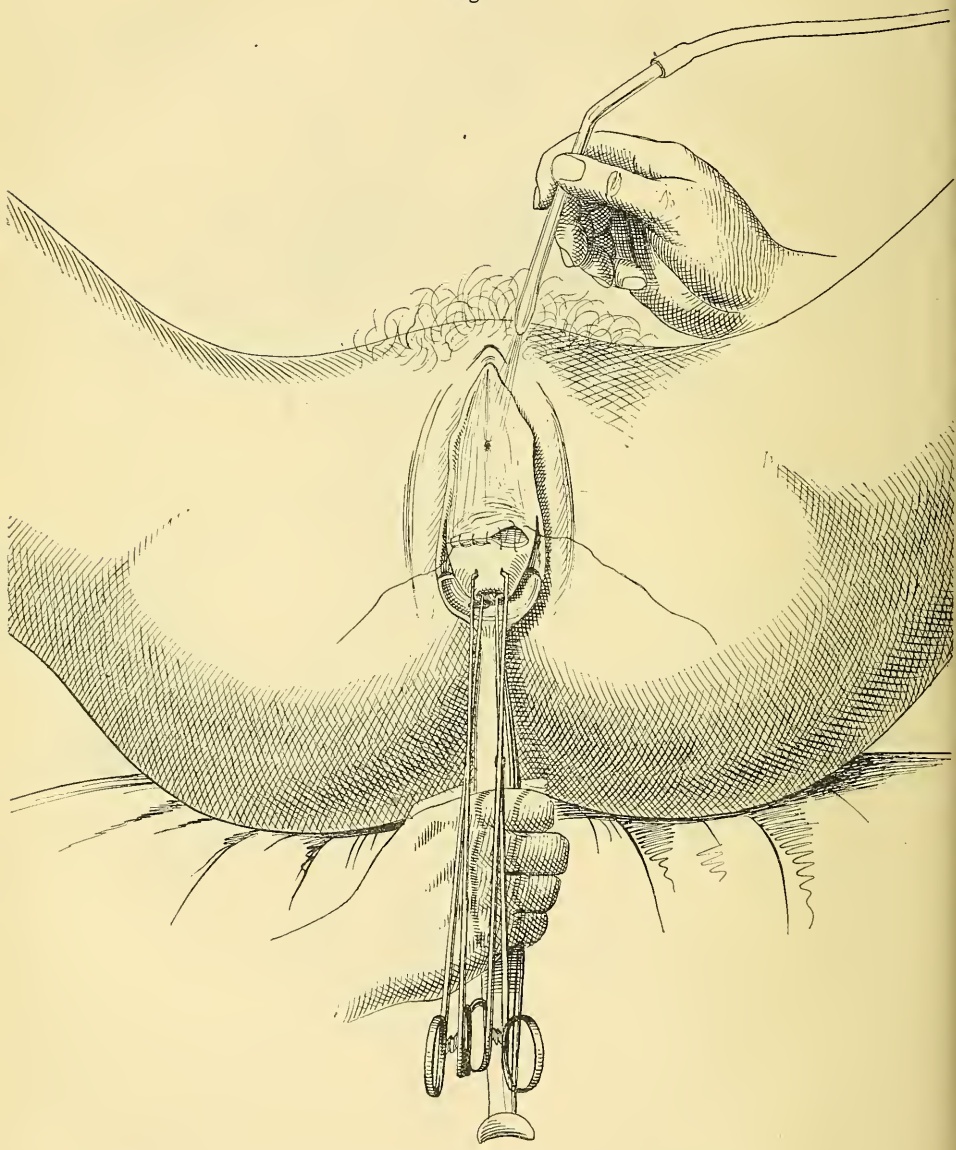
Fig. 4.



und eventuell vierte Ligatur jedesmal ein Stück höher durch die vordere Uteruswand durchgelegt werden, so dass der letzte Seidenzügel die Uteruswand in der Höhe der Sondenspitze durchsetzte.

Bei starkem Anziehen, besonders des obersten Seidenzügels — wobei der linke Assistent die Sonde etwas zurückziehen musste —

Fig. 5.



legte der Operateur 3 sagittale Nähte, welche zunächst dicht am Wundrand, von der Oeffnung im Scheidengewölbe aus, angelegt, die vordere Vaginalwand mit Ausnahme ihrer Schleimhaut und

dann den Gebärmuttergrund fassten (Fig. 4). Nach Knüpfung dieser Nähte wurden die provisorischen Fadenzügel entfernt, die 3 Fäden kurz abgeschnitten und dadurch vollständig versenkt, dass die quere Wunde im Scheidengewölbe mit fortlaufendem Catgutfaden wieder zusammengenäht wurde (Fig. 5). Nach Entfernung der Uterussonde folgte eine Uterusausspülung und Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze.

Zu den 3 Fixationsnähten nahm ich bis zum Fall 139 Seide, um sie vom Fall 140 bis Fall 152 mit Chrom-Catgut zu vertauschen, welches nach der Methode von Döderlein trocken sterilisirt war. Dieser Wechsel in dem Nahtmaterial geschah deswegen, weil die versenkten Seidenfäden in einer Reihe von Fällen in die Blase wanderten und Veranlassung zu Steinbildung gaben. Indessen brachte das Catgut keine genügend feste Verwachsung des Fundus mit der vorderen Scheidenwand zu Wege, so dass ich von Fall 153 an das Princip der Versenkung der Fixationsnähte ganz aufgab, die Fixationsnähte durch die ganze Dicke der Scheidenwand legte und dieselben nach 4—8 Wochen entfernte. Von Fall 165 an nahm ich zu diesen Nähten nicht mehr Seide, sondern Silkworm, um die Fäden möglichst lange, ohne Belästigung der Patienten durch profusen Ausfluss, wie er bei Seidensuturen in der Scheide so häufig entsteht, liegen lassen zu können.

Nachdem ich bereits in den Fällen von wiederholter Operation (Fall 21, 30, 35, 37, 74, 124, 142) und in Fall 169, wo eine Complication der Retroversio mit subserösem Corpusmyom bestand, das Peritoneum der Plica vesico-uterina absichtlich geöffnet (vaginale Coeliotomie [1]), ging ich von Fall 174 überhaupt zu dieser Modification über, um die Möglichkeit zu haben, die Beschaffenheit etwaiger Verwachsungen des Uterus und der Adnexe festzustellen und diese Verwachsungen direct unter Leitung des Auges zu beseitigen. Zu diesem Zweck zog ich durch die eröffnete Plica und das vordere Scheidengewölbe den Uteruskörper in die Scheide und bis vor die Vulva. Nachdem etwaige Verwachsungen durchtrennt, Cysten der Ovarien durch Ignipunctur eröffnet waren, bot sich hierdurch der weitere Vortheil, dass man die Fixationsnähte völlig unter Leitung des Auges und durch jeden beliebigen Punkt des Fundus resp. der vorderen Corpuswand hindurchführen konnte.

---

1) Cf. Dührssen, Ueber eine neue Methode der Laparotomie (vaginale Coeliotomie). Berl. klin. Wochenschr. 1894, No. 29 u. 30.

Die Absicht, den Uteruskörper in die Scheide herabzuziehen, führte logischer Weise noch zu einigen anderen technischen Aenderungen der Operation.

Die maximale Anteversion des Uterus, wie sie bei der Extraction des Uteruskörpers in die Scheide entsteht, konnte natürlich nur hergestellt werden, wenn die Portio die Möglichkeit hatte, nach hinten auszuweichen. Dies erreichte ich in folgender Weise: Nach Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes durch den gewöhnlichen Querschnitt und stumpfe Ablösung der Blase, wurde eine provisorische Sutur durch den höchsten sichtbaren Punkt der vorderen Uteruswand gelegt. Diese Naht fasste stets schon den Uteruskörper. Nunmehr entfernte ich Uterussonde, die die Portio fixirenden Kugelzangen, drückte mit dem Spiegel die Portio nach hinten und zog zu gleicher Zeit die provisorische Ligatur nach abwärts. Nun präsentirte sich ein höheres Stück der vorderen Uteruswand in dem Wundschlitz des vorderen Laquear, welches an seiner oberen sichtbaren Grenze mit einer zweiten Naht oder einer Kugelzange gefasst wurde. Das mit diesen Nähten heruntergezogene Peritoneum der Plica vesico-uterina konnte nun bequem unter Leitung des Auges mit der Scheere geöffnet, durch höher eingesetzte Kugelzangen der Fundus bis in die Wundöffnung herabgezogen und auch durch sie hindurch in die Scheide und bis vor die Vulva gezogen werden. Es war so eine Methode gewonnen, welche es gestattete, durch einen einfachen Querschnitt, ohne Zuhülfenahme von weiteren Spaltungen der vorderen Scheidenwand, den Fundus unter Leitung des Auges bis in das vordere Laquear herabzuziehen und an dem vorderen Scheidenwundrand zu fixiren. Jedem Operateur konnte es bei dieser Methode überlassen bleiben, ob er das Peritoneum eröffnen wollte oder nicht, ob er sich die Adnexe oder nur den vom Peritoneum überzogenen Fundus sichtbar machen wollte.

Was manche Operateure veranlasst hatte, sich der Mackenrodt'schen Schnittführung zu bedienen, die bessere Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes, war durch diese Methode, welche meine ursprüngliche einfache Schnittführung beibehielt, in vollem Maasse erreicht worden. Es fiel somit der Vorwurf gegen meine frühere Operationsmethode dieser Modification gegenüber fort, der Vorwurf, dass ich die Nadeln ins Blinde hineinstäche und somit Gefahr liefe, die Blase zu verletzen — eine Verletzung, die übrigens niemals vorgekommen ist. Die Methode schien mir die überhaupt erreichbare technische Vollendung erlangt zu haben, als ein weiterer Fall

mich eines Besseren belehrte. Hier hatte ich die Operation meinem Assistenten überlassen und ihn mehrere Male ermahnt, den Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe grösser zu machen. Der Uterus liess sich durch den engen Querschnitt gut extrahiren, ein Myom der hinteren Uteruswand enucleiren und das rechte in eine Blutcyste verwandelte Ovarium exstirpiren. Als nun aber der Uteruskörper durch den Wundschlitz zurückgebracht werden sollte, zeigte sich diese Reposition unmöglich, so dass nichts übrig blieb, als den Uterus totaliter zu exstirpiren. Diese Operation war binnen wenigen Minuten ausgeführt und der Verlauf ein durchaus glatter.

Ich lasse die Geschichte dieses Falles folgen:

32jährige ledige Opara leidet seit mehreren Jahren an heftigen Schmerzen im Unterleib, Drängen nach unten, Ausfluss. Die Beschwerden sind derart, dass sie Pat. arbeitsunfähig machen, und sie, da sie schon die verschiedensten Kuren erfolglos durchgemacht, dringend schnelle Abhülfe derselben verlangt.

Die Untersuchung am 12. 11. 1893 ergiebt den Uterusfundus nach links geneigt, Portio ganz nach rechts gezogen. Adnexe wegen starker Spannung der Bauchdecken nicht durchzufühlen.

9. 12. Pat. kommt wegen äusserer Verhältnisse erst heute zur Untersuchung und event. Operation.

Die Untersuchung in Narkose bestätigt den schon oben aufgenommenen Befund. Der Uterus liegt ganz quer im Becken. Das linke Ovarium ist normal, das rechte ist hühnereigross, prall elastisch und platzt bei der Untersuchung.

Es wird beschlossen den Uterus zu vaginofixiren.

Curettement. Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe, Herunterziehen der vorderen Uteruswand durch 2 provisorische Nähte, Eröffnung der Plica vesico-uterina unter Leitung des Auges, Hervorziehen des Fundus uteri durch 2 Kugelzangen. Es zeigt sich jetzt an der hinteren Uteruswand ein haselnussgrosses Myom, welches theils stumpf, theils mit der Scheere enucleirt wird. Das Geschwulstbett wird durch einige Seidensuturen vernäht.

Die nunmehr hervorgezogenen linken Adnexe erweisen sich als normal. Dagegen zeigt das rechte Ovarium eine geplatzte Cyste, aus der altes und aus der Rupturstelle frisches Blut hervorrieselt.

Es erscheint bedenklich, das zerrissene Ovarium zurückzulassen, und wird daher die Exstirpation desselben in der Weise ausgeführt, dass das Ovarium mit Klemmen gefasst und hinter denselben mehrere Seidenligaturen durchgeführt und mit der vorderen Vaginalwand vernäht werden. Das Ovarium wird darauf abgetragen, die rechte Tube zurückgelassen. — Die jetzt versuchte Reposition des Uterus durch die Oeffnung im vorderen Scheidengewölbe erweist sich als unmöglich, da einerseits diese Oeffnung zu klein angelegt, andererseits der Uterus durch den an der Scheide fixirten Ovarialstumpf zu sehr nach vorn gehalten wird. Auch misslingt der Versuch, die Scheidenwunde über den in situ belassenen Uterus zusammenzuziehen, da die Wundränder durch den

vorgezogenen Uterus so weit nach hinten gedrängt sind, dass es nicht möglich ist, sie hervorzuziehen.

Es bleibt daher nichts übrig, als den Uterus völlig zu exstirpiren. Zu dem Zweck wird eine Kocks'sche Klemme von oben her über das linke Ligament geführt, und die hintere Branche derselben durch den Douglas in die Scheide durchgestossen. Darauf wird der Uterus vom linken Ligament abgetrennt: die Basis des Ligamentes zieht sich aus der Klemme heraus, doch gelingt es, den blutenden Ligaturstumpf durch einige Seidensuturen zu versorgen. Der obere Theil des rechten Ligaments wird an die seitliche Scheidenwand angenäht, der Uterus abgetrennt, die Basis des Ligaments mit einer kleinen Klemme gefasst, und der Uterus völlig abgetragen, worauf der untere Theil der Beckenbauchhöhle und die Scheide mit Jodoformgaze tamponirt wird.

10. 12. 93. Nach 24 Stunden Entfernung der Klemme, keine Blutung. Pat. klagt nur über Hunger. Puls und Temperatur normal.

Der weitere Verlauf war ein völlig normaler und konnte Pat. nach 3 Wochen geheilt entlassen werden.

Immerhin aber zeigte mir dieser Fall die Nothwendigkeit, für die Fälle, wo man den Uteruskörper völlig in die Scheide vorzuziehen beabsichtigt, den Eröffnungsschnitt grösser anzulegen, um nachher bei der Reposition keine Schwierigkeiten zu haben. Da man den Querschnitt nur durch die Breite des vorderen Scheidengewölbes führen kann, so konnte eine Erweiterung der Wundöffnung nur durch Spaltung der vorderen Scheidenwand erzielt werden, wie ich sie schon vor einigen Jahren für die Extraction des vergrösserten Uterus bei der vaginalen Totalexstirpation vorgeschlagen hatte, um den vergrösserten Uterus durch den Schlitz im Scheidengewölbe extrahiren zu können[1]). Ich setzte also von Fall 179—183 auf den Querschnitt noch einen mehrere Centimeter langen Längsschnitt und präparirte nach dem Vorgang von Mackenrodt[2]) die so entstandenen 2 Scheidenlappen nach den Seiten hin, etwa 1—2 cm weit von der Blase ab.

In den Fällen 184—194 bin ich dagegen zu dem einfachen Querschnitt zurückgekehrt und habe mich überzeugt, dass derselbe in den meisten Fällen genügt, wenn man ihn nur gross genug anlegt und darauf achtet, dass auch die Plica vesico-uterina in derselben Länge eröffnet wird.

So machte auch bei der Nullipara (Fall 184) die Reposition des Uterus durchaus keine Schwierigkeit. In Fall 186, wo Verhältnisse wie bei einer Nulliparen vorlagen, hatte ich die Oeffnung

1) Charité-Annalen XVI. Jahrg., 1891.

2) Deutsche med. Wochenschr. 1892, No. 22.

im vorderen Scheidengewölbe dadurch grösser gemacht, dass ich den Schnitt convex nach unten anlegte, also die vordere Scheidenwand in Gestalt eines zungenförmigen Lappens von der Portio abtrennte.

Näht man einen solchen verhältnissmässig breiten Querspalt zu einem sagittalen Wundspalt zusammen, so ist die Spannung der Scheide seitlich von den Schnittenden des Querschnittes eine recht grosse und kennzeichnet sich noch Wochen lang nach der Operation durch 2 straffe Falten, welche bei oberflächlicher Untersuchung leicht für parametritische Stränge gehalten werden können. Mit der Zeit verschwinden diese Falten gänzlich.

Ist der Uterus durch chronische Metritis oder Geschwülste sehr stark vergrössert, so muss man natürlich für die Extraction eines derartigen Uterus dnrch Längsspaltung der vorderen Scheidenwand Raum schaffen.

Eine weitere Frage ist die der Behandlung des peritonealen Wundrandes. Näht man den Fundus nach Eröffnung der Plica vesico-uterina an die vordere Scheidenwand an, so verwächst der Uterus mit dem peritonealen Wundrand, der freigelegten Blasenwand und der Vaginalwand. Hierdurch wird naturgemäss eine sehr feste Verbindung des Uterus mit den genannten Gebilden erzielt, und die Fortdauer der Anteflexion gesichert, indessen kann diese Verbindung möglicherweise der freien Entfaltung des Uterus in der Schwangerschaft hinderlich werden. Ich glaube, dass die Schwangerschaftbeschwerden in Fall 176 eine Folge dieser allzufesten Verbindung sind. Eine derartig feste Verbindung konnte auch in den Fällen, die ich ohne Eröffnung des Peritoneums operirt habe, dann entstehen, wenn die Plica vesico-uterina hoch am Uterus in die Höhe geschoben war. Dann trat ebenfalls eine sehr breite Verwachsung zwischen freigelegter Blasenwand und Vaginalwand einerseits und der von Peritoneum entblössten vorderen Corpuswand andererseits ein. In den beiden später noch zu besprechenden Fällen 165 und 168 war die Plica sehr weit, bis nahe an den Fundus heran, in die Höhe geschoben und die Verwachsung hierdurch so fest geworden, dass ich die zweite Vaginofixation nicht vollenden konnte, weil ich sonst in Fall 165 sicher die Blase eröffnet hätte, während ich in Fall 168 in das Uteruscavum hineingerieth.

Wie also bei meiner früheren Operationsmethode ohne Eröffnung des Peritoneums die rein peritoneale Fixation des Uterus an

dem Peritoneum der Plica vesico-uterina das Vortheilhafteste ist, so empfiehlt es sich auch bei der intraperitonealen Vaginofixation, wie ich meine neue Methode bezeichnen möchte, diese Art der Fixation nachzuahmen. Dies geschieht am einfachsten dadurch, dass gleich nach der Eröffnung der Plica ihr vesicaler Wundrand mit einigen Catgutknopfnähten an den Scheidenwundrand festgenäht wird. Hierdurch erzielt man den weiteren Vortheil, dass die freigelegte Blasenwand völlig wieder gedeckt und die Blase aus dem Operationsgebiet ganz eliminirt wird. Dass andererseits diese peritoneale Verklebung hinlänglich sicher ist, um einen Dauererfolg zu verbürgen, beweisen meine zahlreichen Dauerheilungen bei der früher schon geübten rein peritonealen Fixation durch die uneröffnete Plica vesico-uterina hindurch — beweisen auch die Dauerheilungen nach Ventrofixation, wo ebenfalls nur 2 peritoneale Flächen miteinander in Berührung gebracht werden.

Eine Vereinfachung der Technik will ich nicht unerwähnt lassen, nämlich den Fortfall der Uterussonde. Durch dieselbe ist der Operateur bei dem Durchlegen der provisorischen Nähte immer etwas genirt. Die intraperitoneale Vaginofixation macht nun den Gebrauch der Sonde ganz überflüssig, da man sich den Fundus ja mit der Sonde nicht mehr entgegenzudrücken braucht, sondern den Fundus herauszieht. Infolge des Fortfalls der Sonde braucht man die vordere Lippe event. auch nur mit einer Kugelzange oder einem Muzeux herunterzuziehen.

Die Technik der intraperitonealen Vaginofixation, deren verschiedene Phasen die beifolgenden nach Momentphotogrammen des Operationsfalles 185 gezeichneten Abbildungen veranschaulichen, gestaltet sich nach dem Gesagten jetzt in folgender Weise:

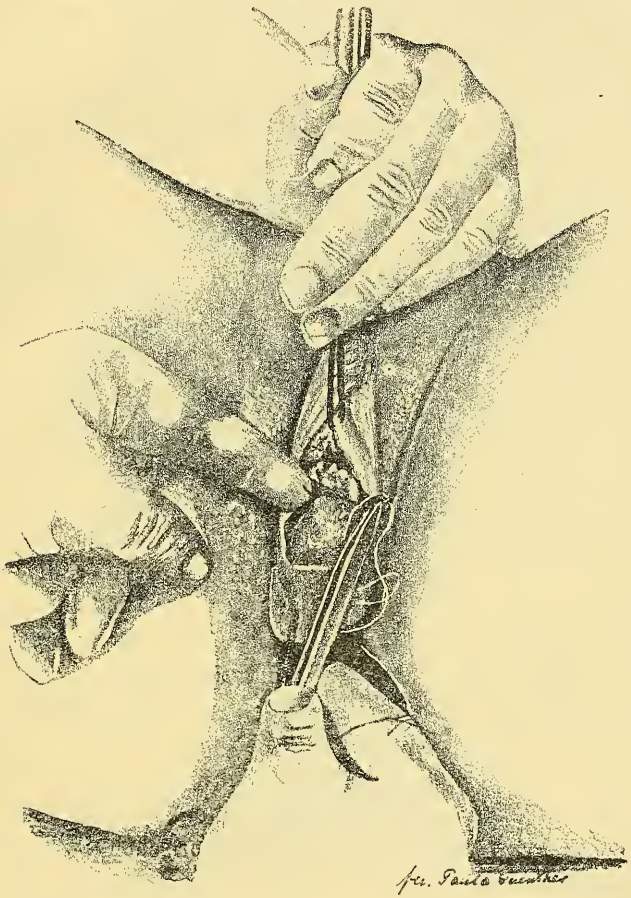
Nach Herunterziehen der Portio wird der Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe in der schon früher beschriebenen Weise angelegt und nur darauf geachtet, dass der zunächst in der Mitte mit dem Messer angelegte Schnitt, nach Emporziehen des oberen Wundrandes mit einer Kugelzange, nach beiden Seiten hin mit einer Cowper'schen Scheere erweitert wird[1]), wobei der Schnitt sich wegen der Nachbarschaft der Ureteren dicht am Uterus halten muss.

---

1) Ist bei starker Vergrösserung des Uterus eine Längsspaltung der vorderen Scheidenwand indicirt, so fasst man die Mitte des oberen Wundrandes mit 2 Kugelzangen und führt zwischen den beiden Zangen den Längsschnitt

Ist durch diesen Schnitt die Scheide von der Vorderwand der Cervix abgetrennt, und zieht der Assistent den Scheidenwundrand stark nach oben, so wird hierdurch allein oder unter ganz geringer Beihülfe durch den Finger des Operateurs die Blase bis zum

Fig. 6.



Vorderes Scheidengewölbe durch Querschnitt eröffnet, Scheidenwundrand mit einer Kugelzange nach oben gezogen, Blase mit dem Zeigefinger nach oben gedrängt, an der Volarseite des Zeigefingers die durchgeführte Nadel mit der provisorischen Sutur sichtbar.

---

ca. 4 cm weit nach vorn. Um sich das darauf folgende Abpräpariren der Scheidenlappen von der Blase zu erleichtern, kann es zweckmässig sein, sich auch noch das obere Ende des Längsschnittes mit der Kugelzange zu fixiren.

inneren Muttermund von der Cervix abgezogen. Es ist nun ein Fehler, in dem freigelegten Raum zwischen dem sichtbaren Blasenwulst und der vorderen Cervixwand stumpf mit dem Finger weiter in die Höhe zu dringen, — man schiebt sich hierdurch nur unnöthig die Plica vesico-uterina in die Höhe und verzögert ihre Eröffnung. Vielmehr muss man den linken Zeigefinger dicht über dem inneren Muttermund gegen die vordere Uteruswand setzen. Man fühlt alsdann deutlich die Plica als dünne verschiebliche Membran dem Uterus anliegen und kann sie, stets den Zeigefinger gegen die vordere Uteruswand andrängend, mit diesem Finger so weit herabziehen, dass sie unter dem queren Blasenwulst sichtbar wird und mit einer Scheere geöffnet werden kann.

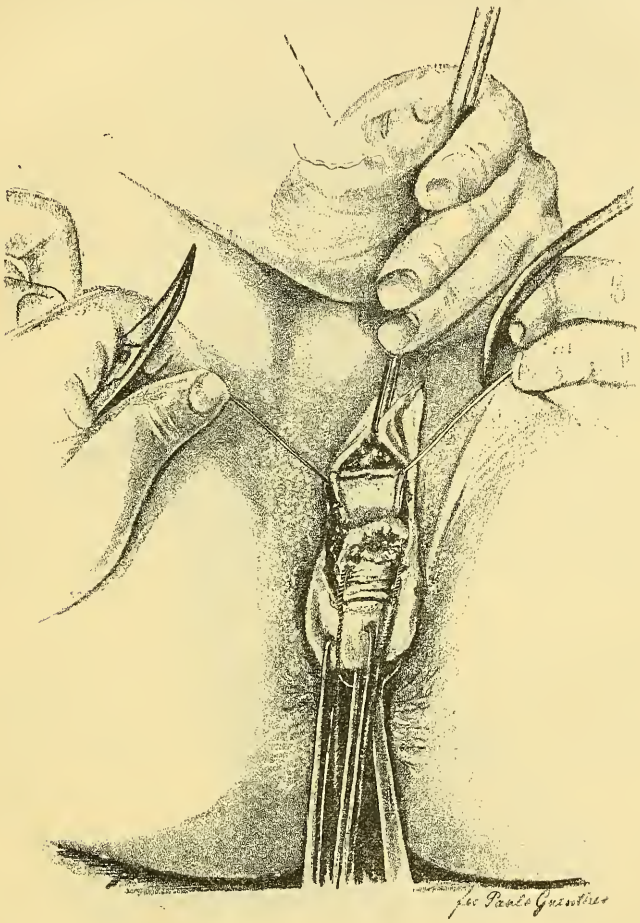
Lässt sich die Plica in dieser Weise nicht herunterziehen, weil man fehlerhafter Weise die Plica von Blase und Uteruskörper stumpf abgelöst hat, so lege man die erste provisorische Naht durch die höchste sichtbare Stelle der vorderen Uteruswand, welche sich deutlich von dem Querwulst der Blase abhebt. Letzterer kann mit der Dorsalseite des linken Zeigefingers noch etwas in die Höhe gedrückt werden, so dass die Spitze der durchgestossenen Nadel an der Volarseite des Zeigefingers erscheint (Fig. 6). Lässt man den durchgelegten Seidenzügel ordentlich von dem Assistenten nach abwärts ziehen, so kann man jetzt häufig das Peritoneum in situ eröffnen (Fig. 7), falls nicht vorher die Plica unnöthig weit in die Höhe geschoben war — oder diese Eröffnung gelingt oberhalb einer zweiten, höher angelegten provisorischen Naht. Indessen kann man die Eröffnung auch ebenso gut verschieben, bis man die Drehbewegung des Uterus ausgeführt hat.

Zu diesem Zweck werden die die Portio fixirenden Zangen abgenommen, die Portio nach hinten gedrückt und mit dem gegen ihre vordere Wand gesetzten Spiegel hinten festgehalten, während der Uteruskörper an der obersten provisorischen Sutur nach abwärts gezogen wird. Gelingt diese Umdrehung des Uterus nach vorne nicht, so muss eben noch eine provisorische Sutur angelegt werden. Nach gelungener Ueberführung des Uterus in maximale Anteversion hat der Fundus uteri die Plica vesico-uterina vor sich her nach abwärts gestülpt, so dass sie jetzt jedenfalls ohne Schwierigkeit eröffnet werden kann.

Hat man die Plica in dieser oder jener Weise eröffnet, so wird sie sofort mit dem Scheidenwundrand durch einige Catgutknopfnähte vereinigt (Fig. 7). Durch die Oeffnung im Peritoneum

lässt sich mit Hülfe des Drucks auf die Portio nach hinten und von 1—2 successive höher eingesetzten Kugelzangen oder, wenn diese ausreissen, durch weitere provisorische Nähte, der Fundus und

Fig. 7.



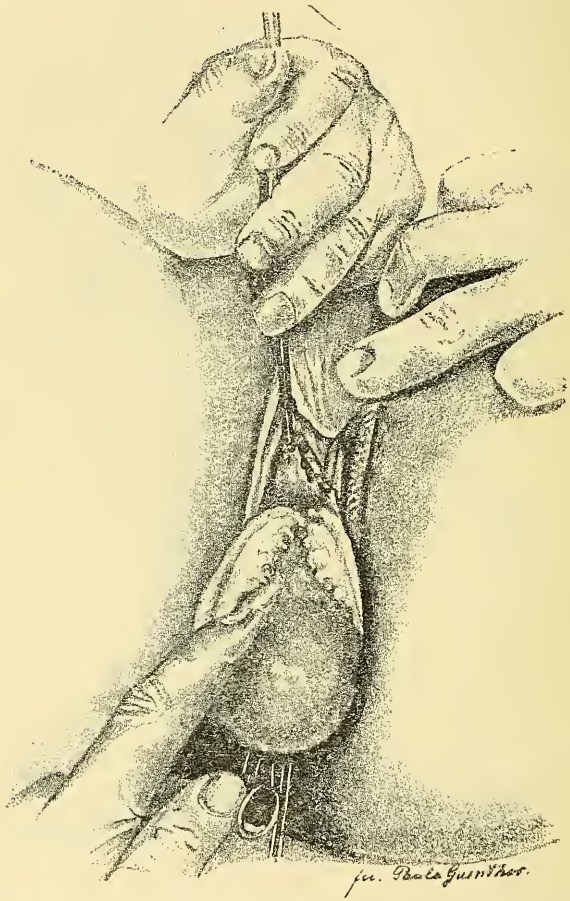
Oberhalb der einzigen, nach abwärts gezogenen provisorischen Sutur ist die Plica vesico-uterina geöffnet und durch 2 Suturen mit dem Scheidenwundrand vernäht.

in den meisten Fällen auch die Adnexe bis vor die Vulva vorziehen (Fig. 8).

Nach Durchtrennung etwa vorhandener Verwachsungen und Eröffnung grösserer cystischer Follikel mit dem Pacquelin werden

2—3 Silkwormnähte in sagittaler Richtung durch die ganze Vaginalwand, durch das mit ihr vereinigte Peritoneum und den Uterus gelegt. An letzterem liegt die Einstichstelle innerhalb der Verbindungslinie der sichtbaren Tubenwinkel, die Ausstichstelle 1 bis $1^1/_2$ cm tiefer. Die Enden der 3 Fäden werden in 3 Klemm-

Fig. 8.



Uteruskörper, Tuben und Ovarien bis vor die Vulva gezogen und vollständig sichtbar.

pincetten gefasst und (nach Anziehen des Scheidenwundrandes an den Catgutligaturen) zunächst die Adnexe und dann der Uteruskörper in die Scheide und durch die Oeffnung im vorderen Scheidengewölbe in die Bauchhöhle zurückgeschoben.

Es folgt die Knüpfung der Fixationsnähte. Die Portio wird darauf mit einer Kugelzange vorgeholt und die Scheidenwunde mit einem fortlaufenden Catgutfaden zu einem sagittalen Wundspalt zusammengezogen. Die Scheidenlappen haben manchmal grosse Neigung, sich nach innen umzurollen, es ist daher darauf zu achten, dass auch wirklich der Wundrand mit der Nadel gefasst wird. Bei der Naht der Scheidenlappen fasste ich die vordere Uteruswand nur gelegentlich mit in die Naht, um einen Kugelzangenriss zu vereinigen. Durch die alleinige Fixation des Gebärmuttergrundes bleibt die Beweglichkeit des Uterus eine grössere.

Die Fäden werden nicht zu kurz abgeschnitten und ein Jodoformgazestreifen eingelegt.

Hat man einen Längsschnitt durch die vordere Vaginalwand gemacht, so empfiehlt es sich bei Senkung der vorderen Scheidenwand die Fixationsnähte durch das obere Ende des Schnitts zu legen, weil dann die vordere Scheidenwand durch den Uterusfundus stärker hoch und ganz in die Scheide hineingezogen wird (cf. Fall 183).

Nach der beschriebenen Operation muss die Patientin 8 bis 9 Tage das Bett hüten. Die unmittelbaren Beschwerden nach der Operation sind nicht grösser als nach einem Curettement. Die Heilung war stets eine ausgezeichnete, obgleich oder trotzdem ich während der Operation die Berieselung noch mit einem Antisepticum ($^1/_2$proc. Lysollösung) ausführen lasse.

Die Fäden werden nach 6—8 Wochen entfernt, der Uterus bleibt darnach in völliger normaler Anteversio-flexio und in normaler Höhe liegen. In einem Fall trat bereits 4 Wochen nach der Operation, 20 Tage nach der Entlassung Schwangerschaft ein (Fall 176).

Bei fixirter Retroflexio halte ich die Eröffnung des Peritoneums für unbedingt nothwendig, falls die vaginalen Operationen mit der Ventrofixation wirksam concurriren wollen. Aber auch bei mobiler Retroflexio halte ich es für einen grossen Vortheil, wenn man sich durch Ocularinspection von der Beschaffenheit der Adnexe überzeugen kann. Man wird dann häufig finden, dass von vorher deutlich gefühlten und als perimetritische gedeuteten Strängen nichts zu sehen ist, dass es sich also um parametritische Stränge handelte. Man wird die Ovarien meistens grösser finden, als man sie vorher taxirt hatte, und an ihnen häufig eine Anzahl grösserer cystischer Follikel sehen, deren Eröffnung

mit dem Pacquelinbrenner für das fernere Befinden der Pat. nur vortheilhaft sein kann.

Verzichtet man auf die Freilegung der hinteren Uteruswand und der Adnexe, will man also mit der Vaginofixation keine vaginale Laparotomie verbinden, und nur das erreichen, was bisher alle vaginalen Operationen gegen Retroflexio uteri allein anstrebten, nämlich die Erzielung einer Anteflexio uteri, so ändert sich die beschriebene Methode insofern ab, als man stets nur einen einfachen Querschnitt zu machen braucht und doch mit derselben Leichtigkeit und stets unter Leitung des Auges den Fundus bis in das vordere Laquear herabbringen kann. Es steht ferner bei dieser Methode dem Operateur frei, ob er das Peritoneum eröffnen will oder nicht. Die Annähung ohne Eröffnung des Peritoneums giebt ja, wie meine Fälle beweisen, bei mobiler Retroflexio ganz ausgezeichnete Resultate.

Complicationen, Zeitpunkt, Combination der Operation mit anderen Operationen.

Mehrfach wurde durch zu starken Druck der Sonde gegen die vordere Uteruswand der Uterus perforirt. Es wurde dann nur darauf gesehen, dass der Uterus oberhalb der Perforationsstelle fixirt und die Perforationsöffnung entweder für sich oder durch die Fixationsnaht geschlossen wurde. Auf diese Weise hatte die Perforation niemals üble Folgen und ist daher auch nicht immer notirt worden. Erwähnt finde ich sie beispielsweise in Fall 170 und Fall 9, in welch letzterem ausserdem schon die Plica vesico-uterina eröffnet wurde. Auch diese theils zufällige, theils der Demonstration halber erfolgte Eröffnung des Peritoneums ist nicht immer erwähnt worden. In der Reaction auf die Operation und dem weiteren Verlauf machte sich kein Unterschied gegenüber den anderen Fällen geltend.

In einzelnen Fällen (Fall 19 und Fall 32) machte die stumpfe Ablösung der Blase von der Cervix Schwierigkeit. Es lag dies aber nur an einem Fehler der Technik, insofern der erste Schnitt nicht tief genug geführt und diejenige derbe, muskulöse, besonders bei Nulliparen entwickelte Gewebsschicht nicht durchtrennt hatte, welche, oberhalb des vorderen Scheidengewölbes gelegen, als eine Ausstrahlung der Scheide in den Uterus hinein, und zwar in den

supravaginalen Theil, betrachtet werden kann[1]). Nachdem diese Membran dicht an der Cervix mit der Scheere durchschnitten war, konnte das retrovesicale Bindegewebe auch in diesen Fällen stumpf von der Cervix abgedrängt werden.

Schwieriger und theilweise nur mit Hülfe der Scheere durchführbar war die Abtrennung der Blase von der vorderen Uteruswand in den Fällen, wo die Operation wiederholt wurde (Fall 21, 30, 35, 37, 74, 124, 142, 168). In Fall 168 gelang sie überhaupt nicht, vielmehr wurde hier die vordere Uteruswand eröffnet, und es erschien als das Rationellste, den ganzen Uterus zu exstirpiren.

Die Besichtigung des exstirpirten Uterus zeigte, dass die Fäden der ersten Operation zwar bis zur Mitte der Corpuswand durchgeführt waren, dass sie aber durchgeschnitten hatten, und nunmehr die ganze Narbenbildung sich zwischen Blase, Cervix und dem untersten, etwa 1 cm hohen Theil des Uteruskörpers abgespielt hatte. Das Durchschneiden der Fäden führe ich auf chronische Metritis zurück. Die Fäden waren ausserdem nicht hoch genug durchgeführt — indessen war der Fall wegen Enge und Rigidität der Geschlechtstheile schwierig und eine Erstlingsoperation eines meiner Volontärassistenten.

Uebrigens fand ich dieselbe feste, undurchtrennbare, narbige Verbindung zwischen Blase und Uteruskörper auch in Fall 165, wo ich die erkrankten Adnexe (Pyosalpinx duplex) durch vaginale Laparotomie entfernen wollte. Der Uterus lag in diesem Fall gut anteflektirt, indessen machte die Adnexerkrankung die Patientin bettlägerig und völlig arbeitsunfähig. Es wurde ein T-Schnitt im vorderen Scheidengewölbe angelegt und das Narbengewebe mit der Scheere durchtrennt. Indessen musste bald von der weiteren Durchtrennung Abstand genommen werden, weil Uterus und Blase zu innig mit einander verwachsen waren. Es wurde nunmehr rasch der Schnitt mit fortlaufendem Faden wieder zugenäht und sofort zu der Laparotomie übergegangen, zu der alle Vorbereitungen schon vorher getroffen waren. Hierbei sah man nun den Uterus in normaler Anteflexio, das Peritoneum der Plica vesico-uterina schlug sich etwa 1 cm unter dem Fundus auf die Blase hinüber. Die Exstirpation der Adnexe machte keine Schwierigkeiten und

1) Cf. Dührssen, Beitrag zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Portio vaginalis uteri. Dieses Arch. Bd. 41.

konnte Patientin 14 Tage später aufstehen und nach zwei weiteren Tagen völlig geheilt mit anteflektirtem Uterus entlassen werden.

Die genannten zwei Fälle zeigen also, dass unter Umständen die wiederholte Vaginofixation auf unüberwindliche Schwierigkeiten stösst. Es wäre diese Thatsache bedauerlich, wenn wir eben oft zur Wiederholung der Operation gezwungen wären. Dies ist aber nicht der Fall, da die Zahl der Recidive bei Eröffnung des Peritoneums und der directen Durchtrennung der Fixationen bei fixirter Retroflexio sich auf ein Minimum herabsetzen lässt. Uebrigens glaube ich, dass sich eine so starke Narbenbildung, wie sie in den erwähnten zwei Fällen die Wiederholung der Operation unmöglich machte, vermeiden lässt, wenn man für eine peritoneale Fixation des Uterus sorgt. Diese erreicht man (s. o.) bei Eröffnung der Plica dadurch, dass man den peritonealen Wundrand mit der Scheide vernäht, ohne Eröffnung der Plica dadurch, dass man die Plica nicht künstlich vom Uterus ablöst, sondern den Fundus durch die in situ befindliche Plica hindurch an den vaginalen Wundrand fixirt. Verfährt man so, dann liegt nach Schnürung der Fixationsnähte die Plica als abgeschnürte Tasche unterhalb derselben (cf. Fall 93). Im Fall 168 hat, wie ich mich genau erinnere, eine künstliche Ablösung der Plica stattgefunden, und der Befund im Fall 165 macht es höchst wahrscheinlich, dass auch in diesem Fall die Plica in toto nach oben verschoben und die vom Peritoneum entblösste vordere Corpuswand an den vorderen Scheidenwundrand angenäht worden ist.

In zwei anderen Fällen konnte ich schon die erste Operation nicht vollenden. In dem einen Fall war der Damm durch eine frühere Perineoplastik äusserst rigide geworden, und die hintere Scheidenwand liess sich nicht genügend mit dem Spiegel nach abwärts ziehen, um die provisorischen Nähte anlegen zu können. Der Fall gehörte mit zu den ersten, die ich operirt habe — nach meinen jetzigen Erfahrungen hätte sich die Operation bestimmt in der Weise durchführen lassen, dass man die vordere Corpuswand mit einer Kugelzange fasste, dann den Spiegel, Sonde und die die Portio fixirenden Kugelzangen entfernte, die Portio nach hinten drückte und die Corpuswand in das vordere Laquear herabzog.

In dem zweiten Fall hatte die Patientin erst 7 Wochen vor der Operation normal geboren. Der Fall ist folgender:

19. 2. 1892. Frau Secretair R. leidet seit ihrer vor 6 Wochen erfolgten Entbindung an Blutungen. Uterus retroflektirt, mit dem linken

Ovarium durch empfindliche Stränge verbunden, lässt sich zwar reponiren, liegt aber in 4 verschiedenen Ringen stets retrovertirt; ausserdem macht die Ringbehandlung Schmerzen, und die Blutungen dauern fort. Daher 27. 2. Narkose, Auslösung des linken Ovariums aus Verwachsungen (nach B. S. Schultze). Curettement. Die beabsichtigte Vaginofixation wird nach Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes aufgegeben, da die eingesetzten Kugelzangen die Portio wie Butter durchschneiden, und man bei Abtrennung der Blase von der Cervix in die morsche Uteruswand hineingeräth. Es war in diesem Fall zwischen der sehr dünnen Uteruswand und der Blase fast kein Zwischengewebe vorhanden. Es wurde daher die Oeffnung im vorderen Scheidengewölbe und die Kugelzangenrisse durch Naht geschlossen, der Uterus reponirt, und ein Celluloidring eingelegt. Der Uterus lag nun fortdauernd gut im Ring, die Blutungen hörten auf. Am 22. 8. wurde der Ring fortgelassen, und am 26. 8. lag der Uterus ohne Ring noch gut anteflektirt, beide Ovarien waren leicht fixirt. Pat. erschien nicht wieder.

In diesem Fall hätte ich die Vaginofixation überhaupt nicht unternommen, wenn nicht doch die Lösung des Ovariums und das Curettement nothwendig gewesen wäre. Sind solche Complicationen nicht vorhanden, so behandele ich eine uncomplicirte Retroflexio, welche bald nach einer Geburt in meine Behandlung kommt, mit Ringen, falls die Pat. nicht selbst eine schnelle Heilung durch Operation vorzieht. So habe ich z. B. Frau W. (Fall 182), welche ich September 1891 durch Forceps nach tiefen Cervix- und Scheidendammeinschnitten entband[1]), vom Anfang 1893 bis Anfang 1894 der Pessarbehandlung unterworfen. Als aber trotz einjähriger Ringbehandlung, während welcher der Uterus immer tadellos im Ring lag, keine Heilung eintrat, der künstlich retrovertirte Uterus allerdings spontan in Anteflexion zurückkehrte, aber immer retroflektirt lag, wenn man den Ring ein paar Tage fortliess, so schlug ich der Pat. die Vaginofixation vor.

Im Zusammenhang mit den erwähnten Fällen hat die Frage ein gewisses Interesse, wann man denn frühestens nach normaler Geburt resp. Fehlgeburt die Vaginofixation machen kann, ohne befürchten zu müssen, dass sie wegen mangelhafter Rückbildung des Uterus nicht gelingt.

In Fall 154 nahm ich die Vaginofixation nicht ganz zwei Monate nach der ersten Geburt vor, da Pat. einen ihr von anderer Seite eingesetzten Ring nicht weiter tragen wollte und dringend die Beseitigung eines Dammdefectes forderte. Auch hier war die Uterus-

1) Cf. Dührssen, Ueber den Werth der tiefen Cervix- und Scheidendammeinschnitte in der Geburtshülfe. Dieses Arch. Bd. 44, H. 3, Fall 17.

substanz recht brüchig, so dass die zwei in die Portio eingesetzten Kugelzangen gleich ausrissen. Der Uteruskörper war von weisslicher Farbe, glasig durchscheinend. Die technische Durchführung der Operation machte indessen keine Schwierigkeiten. Am 1. 2. 94, $8^1/_3$ Monate nach der Operation, fand ich die Pat. im 6. Monat schwanger. Mittlerweile hat die Pat. normal geboren.

In Fall 176 waren seit der letzten Geburt nicht ganz $3^1/_2$ Monate verflossen, Patientin hatte trotz Ringbehandlung sehr lebhafte Beschwerden. Hier verlief die Operation in der gewöhnlichen Weise und war wegen der Nachgiebigkeit und Verschieblichkeit der verschiedenen Organabschnitte sogar auffallend leicht. Diese Patientin ist bereits einen Monat nach der Operation schwanger geworden.

In Fall 91 waren $3^1/_2$—4 Monate nach der letzten Geburt verstrichen. Es fiel die membranöse Beschaffenheit des Uterus auf. Die Operation bot keine Schwierigkeiten.

In Fall 170 (letzte Geburt vor 4 Monaten, Retroflexio mit Prolaps) war der Uterus schlaff, membranös und daher schwer von dem retrovesicalen Bindegewebe zu differenziren, wodurch die Operation ein wenig erschwert wurde. Ausserdem wurde der Uterus mit der Sonde perforirt.

In Fall 104 (letzte Geburt vor $4^1/_2$ Monaten, starke menstruelle Blutung) war die Uterussubstanz sehr weich, ohne dass die Operation hierdurch erschwert worden wäre.

In den Fällen 1, 2, 7, 13, 31, 41, 103, 148 wurde die Vaginofixation 1—3 Monate nach einem Abort ausgeführt. Die Durchführung der Operation machte keine Schwierigkeiten, nur in Fall 1 ($1^1/_2$ Monate vorher Abort) und in Fall 103 ($2^1/_2$ Monate vorher Abort) wurde die Uterussubstanz sehr weich gefunden.

In Fall 192 konnte ohne Schwierigkeit die manuelle Entfernung von Placentarresten mit der Vaginofixation combinirt werden.

Aus diesen Fällen geht hervor, dass sich im Allgemeinen die Vaginofixation ohne besondere technische Schwierigkeit 2 Monate nach einer normalen Geburt und 1 Monat nach einem Abort ausführen lässt, dass aber in Fällen, wo nach rechtzeitigen Geburten unter andauernden Blutungen die Rückbildung des Uterus sich verzögert, die Operation unausführbar werden kann, so dass es sich für diese Fälle empfiehlt, wie in dem angezogenen Fall, etwaige Repositionshindernisse zu beseitigen, das Curettement vorzunehmen und den Uterus in einem Ring richtig

zu lagern, die Operation dagegen auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. Wie derselbe Fall zeigt, wird man unter diesen Umständen, falls durch die Ringbehandlung Dauerheilung eingetreten ist, überhaupt die Vaginofixation unterlassen.

Von anderen Schwierigkeiten bei der Operation ist nur noch in Fall 150 das Abbrechen der irrthümlich gereichten schwachen Nadel und Verschwinden in der Uterussubstanz zu nennen. Dieses Ereigniss hat für die jetzt von mir befolgte Technik in sofern keine Bedeutung mehr, als ich die Nadeln völlig unter Leitung des Auges durch die Uteruswand durchlege. Auch diese Pat. ist bereits zum zweiten Mal nach der Operation schwanger (s. u.).

In einer Reihe von Fällen wurde die Vaginofixation mit anderen Operationen combinirt. Das Curettement wurde nur in ganz wenigen Fällen unterlassen, weil fast in allen Fällen eine Endometritis vorhanden war. Es wurde ferner von dem Gesichtspunkte aus vorgenommen, etwaige infectiöse Keime aus dem Uterus fortzuschaffen.

Die Beseitigung eines Cervixrisses, theils durch Emmet'sche Operation, theils durch Lappenspaltung und Naht[1]) wurde in den Fällen 3, 11, 41, 47, 53, 95, 96, 98, 136, 140, 144, 163, 194 vorgenommen.

Die Discision wurde in den Fällen 84, 158 und 171 ausgeführt.

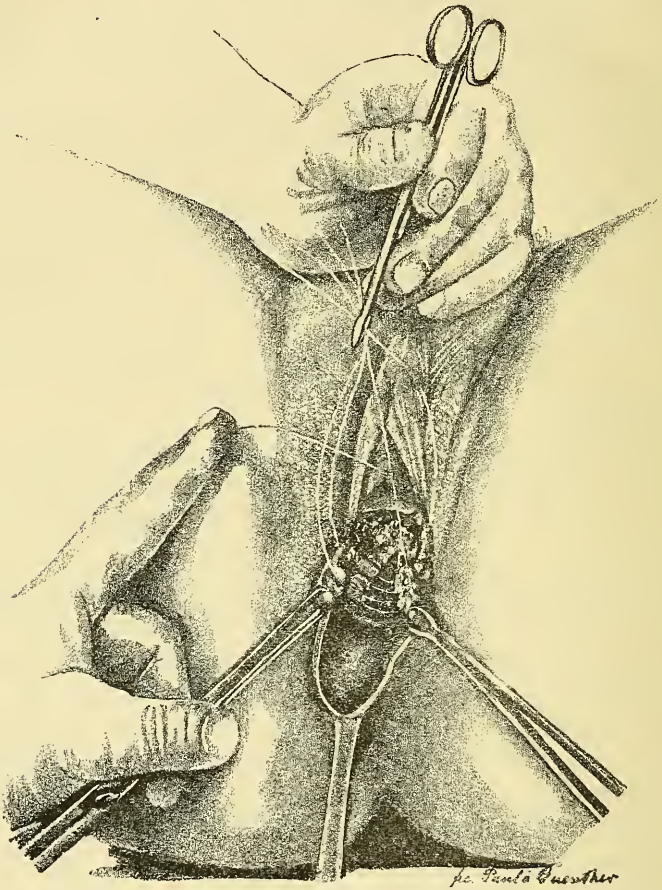
Die Excision keilförmiger Stücke aus der Cervix, theils zur Entfernung eines grösseren Ectropiums, theils zur Beseitigung einer chronischen Metritis nach A. Martin, wurde in den Fällen 2, 35, 39, 80, 112, 130, 131, 138, 141, 149, 155, 160, 161, 162, 165, 167, 170, 173, 174, 185, 187, 192, 193, und zwar in dem zweiten Hundert der Fälle häufiger vorgenommen, weil mich inzwischen die Beobachtung der operirten Fälle gelehrt hatte, dass die Vergrösserung des Uterus durch chronische Metritis eine Ursache für die Recidive abgab. Zufälligerweise war neben der Vaginofixation diese Operation in den beiden Fällen 39 und 138 vorgenommen, die an Sepsis erkrankten, und von denen Fall 138 starb.

Die Excision, wie auch die Emmet'sche Operation wurde in der Regel nach der Vaginofixation vorgenommen. Nur in den Fällen 2, 149, 160, 185, 192 und 193 wurden beide Operationen in der Weise combinirt, dass in den Fällen 2 und 149 die vordere Lippe supravaginal amputirt, und der Scheidenwundrand mit der

1) Cf. Dührssen, Centralbl. f. Gyn. 1890, No. 4.

Cervicalschleimhaut vernäht wurde, während in den übrigen Fällen ein sagittaler Keil aus der ganzen vorderen Cervixwand excidirt (s. Fig. 9) und in seinem supravaginalen Theil mit einem fort-

Fig. 9.



Die Fixationsnähte sind geknüpft und bis auf einen durch den Zeigefinger fixirten Faden kurz abgeschnitten. Die Scheidenwunde ist noch nicht vernäht, ihre Ränder sind nur unvollkommen sichtbar. Aus der vorderen Cervixwand ist (wegen Hypertrophie der Cervix) ein sagittaler Keil ausgeschnitten. Die Wundränder des Defects, durch welche bereits (in einer Klemme gefasste) Fäden gelegt sind, werden durch 2 Kugelzangen auseinandergehalten.

laufenden Catgutfaden vereinigt wurde, der zugleich die Wunde im Scheidengewölbe zu einem sagittalen Wundspalt zusammenzog. Der Spalt in der Portio wurde durch Silkwormnähte vereinigt

(s. Fig. 10). Das in den ersten zwei Fällen angewandte Verfahren ist nicht empfehlenswerth, da die Portio anfangs sehr stark nach vorne gezogen wurde, und der Uterus anfangs in Retroversionsstellung anteflektirt lag. Freilich wurde in beiden Fällen die Lage des Uterus mit der Zeit eine bessere, immerhin will man aber gern von einer Operation einen unmittelbaren Erfolg. Dieser wurde in den Fällen 160, 185, 192, 193 in vollstem Maasse erreicht, der Uterus lag unmittelbar nach der Operation in normaler Anteversio-flexio und verkleinerte sich in der gewünschten Weise, trotzdem nur ein Stück aus der vorderen Lippe excidirt war.

Mit Myomenucleationen (vaginale Coeliomyomectomie) wurde die Vaginofixation in den Fällen 169, 179 und 180 combinirt. Die Bedeutung dieser Operation für die operative Behandlung der Myome habe ich bereits in einem kleinen Artikel[1]) besprochen.

Die Kolporrhaphia anterior wurde in den Fällen 54, 80, 167, 170, 174, 191, 192, 193 ausgeführt. In den Fällen 167, 170, 174, 192 und 193 war ausserdem noch wegen Vorfalls die Portioexcision und die Kolporrhaphia posterior, in Fall 191 die Kolporrhaphia posterior nöthig. Nur in den Fällen 167 und 191 wurde die Kolporrhaphia anterior erst nach Beendigung der Vaginofixation ausgeführt, und zwar deswegen allein, weil ich ursprünglich nicht die Kolporrhaphia anterior ausführen wollte. In den übrigen Fällen wurde nach Herunterholen des Fundus ein Oval aus der vorderen Scheidenwand excidirt, und der Fundus nach Zurückstülpung der Blase an das obere Ende des Ovals, also dicht unter dem Urethralwulst, an die vordere Scheidenwand angenäht. Die Fixationsnähte wurden theils nach der Portioexcision, theils vor derselben angelegt. Letzteres dürfte sich von dem Gesichtspunkt aus empfehlen, dass dadurch die Bauchhöhle möglichst schnell wieder abgeschlossen wird.

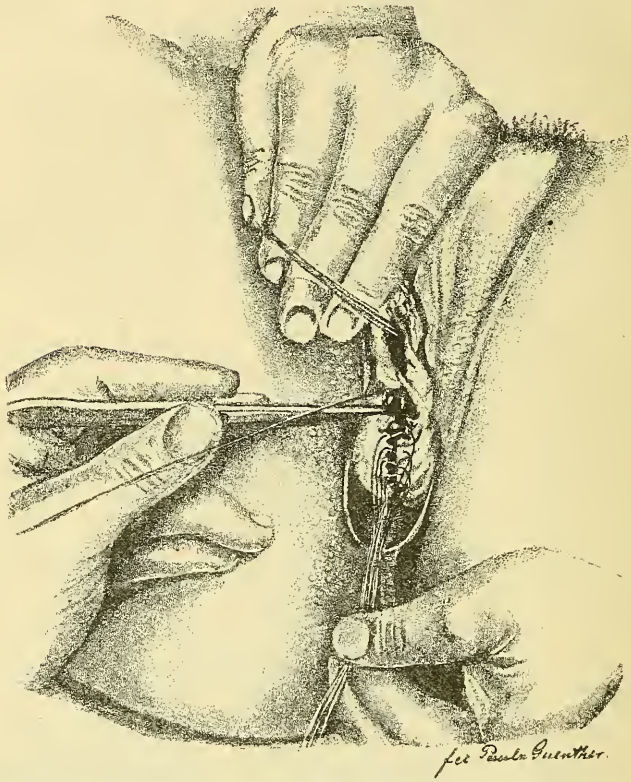
Indessen kann durch die Ausführung einer Portiooperation nach vollendeter Annähung des Fundus an den Fixationsnähten ein derartiger Zug ausgeübt werden, dass sie möglicherweise das gefasste Gewebe durchschneiden und so einen Erfolg der Vaginofixation gleich von vornherein unmöglich machen. Es dürfte daher am empfehlenswerthesten sein, eine etwa nothwendige Operation an der Portio sofort an das Curettement anzuschliessen und dann erst die Vaginofixation zu beginnen. Die Portio wird zur Aus-

1) Berl. klin. Wochenschr. 1894, No. 29 u. 30.

führung der Vaginofixation an den lang gelassenen Suturen nach abwärts gezogen.

Beabsichtigt man eine supravaginale Keilexcision, wie in den

Fig. 10.



Die Fixationsnähte, die durch den Scheidenwundrand und Fundus uteri gelegt waren, sind geknüpft und mitsammt dem Ende des Catgutfadens der fortlaufenden Naht nach rechts oben gezogen. Letztere hat die Scheidenwunde zum Theil schon zu einem sagittalen Wundspalt zusammengezogen. Die vordere Lippe zeigt eine ebenfalls sagittal verlaufende Wunde, als directe Fortsetzung der Scheidenwunde nach abwärts.

Fällen 160, 185, 192, 193, so muss natürlich zunächst das vordere Scheidengewölbe eröffnet werden.

Bei der Combination von Vaginofixation und Kolporrhaphia anterior die Wunde der vorderen Scheidenwand zu einer queren Wunde zu vernähen, wie ich es in Fall 54 und 80 gethan habe, ist unzweckmässig, weil hierdurch die Portio im Anfang dicht an

den Introitus gezogen wird. Trotzdem wählte ich diese Vernähung in Fall 54 und 80, weil ich auf eine allmälige Ausziehung der vorderen Scheidenwand baute. Dass ich mich darin nicht getäuscht, lehrte Fall 80, wo die Portio später 7 cm vom Introitus entfernt gefunden wurde.

Uebrigens war in Fall 174, wo ich ein sehr grosses Oval excidirte, die Vernähung der Wundränder, zwischen welche doch der Uteruskörper eingeschaltet war, recht schwierig. Man braucht das Oval selbst bei grossen Prolapsen nur verhältnissmässig schmal anzulegen, da die Vernähung dann leichter ist, und der dicht unter dem Urethralwulst fixirte Fundus die vordere Scheidenwand so mächtig nach oben zieht, dass auch ohne Abtragung von Stücken aus der vorderen Scheidenwand der Prolaps derselben völlig verschwindet, wie das in Fall 183 geschah.

Die Kolpoperineorrhaphie nach Hegar wurde in den Fällen 98, 140, 141, 143, 145, 160, 167, 169, 170, 174, 183, 187, 189, 190, 191, 192, 193, 194, die Lappenspaltung vom Damm in den Fällen 2, 6, 8, 154 und 163 an die Vaginofixation angeschlossen. Nach der letzteren Operation wurde die Wunde mit Knopfnähten, nach der ersteren mit fortlaufendem Catgutfaden genäht.

Es wurden somit in einzelnen Fällen in einer Sitzung 5 Operationen vorgenommen, nämlich Curettement, Vaginofixation, Portioamputation, Kolporrhaphia anterior und posterior. Es war das zwar mühsam, nahm aber doch nicht mehr Zeit, wie eine Stunde, in Anspruch und belohnte den Operateur insofern reichlich, als diese Fälle in mir die Ueberzeugung gefestigt haben, dass man auch bei den grössten Prolapsen (cfr. Fall 174 und 193) in dieser Weise völlige und dauernde restitutio ad integrum erzielen und infolgedessen sowohl die vaginale Totalexstirpation als auch die Ventrofixation bei Prolapsen entbehren kann — und das ist sicher ein grosser Gewinn, wenn eine Frau der Genitalorgane nicht beraubt ist, wenn sie ferner durch keine Narbe und Bandage, wie bei der Laparotomie, daran erinnert wird, dass sie überhaupt operirt ist. Dieses Glücksgefühl fasste die Patientin des Falles 174 in die Worte zusammen: Sie fühle sich wie neugeboren!

Mit Ausnahme der zwei Fälle von Sepsis, zweier Fälle von Cervixrissen — in Fall 3 wurde die Lappenspaltung, in Fall 140 die Anfrischung ohne Erfolg vorgenommen — gelangen die Nebenoperationen sämmtlich, und führte nur die Kolpoperineorrhaphie

natürgemäss zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes von 8 auf 14 Tage.

Heilerfolge der Vaginofixation.

Im Ganzen wurden bei den 197 Fällen (3 der Fälle sind nur im Text angeführt) 209 Operationen zur Durchführung der Vaginofixation gemacht, darunter 205 vollendete Vaginofixationen, 2 unvollendete und 2, wo statt der Vaginofixation die vaginale Totalexstirpation gemacht werden musste. Von diesen 209 Operationsfällen ist ein Fall gestorben (Fall 138). Das giebt eine Mortalität von nicht ganz 0,5 pCt. Diese Mortalität ist eine sehr geringe, sie ist nicht grösser wie die Mortalität an Sepsis nach Geburten[1]) in der Privatpraxis, und nicht grösser, wie die Mortalität bei viel kleineren gynäkologischen Eingriffen, wie z. B. dem Curettement und den Prolapsusoperationen. So berichtet Zweifel[2]) aus seiner Klinik über eine tödtliche Sepsis bei 151 Prolapsusoperationen und über 2 septische Todesfälle bei 383 Curettements. Das ergiebt ebenfalls eine Mortalität von 0,66 bezw. 0,52 pCt.

Wenn sich also überhaupt eine gynäkologische Operation als ungefährlich bezeichnen lässt, so ist diese Bezeichnung bei meiner Operationsmethode gewiss gerechtfertigt. Ganz werden sich die Todesfälle nach Operationen überhaupt nicht aus der Welt schaffen lassen, da der Erfolg nicht nur vom Operateur, sondern auch von seiner Assistenz abhängt, die sich jeder Operateur doch immer wieder neu heranbilden muss.

Für die Beurtheilung der Heilerfolge der Vaginofixation kommen 189 Fälle in Betracht, bei welchen 201 Operationen ausgeführt wurden, indem in 12 Fällen die Operation wiederholt wurde. Unter diesen 12 Fällen gelang die Durchführung der Operation in Fall 168 nicht, vielmehr musste hier die Totalexstirpation vorgenommen werden. Ich rechne diesen Fall unter die Misserfolge.

Die Zahl 189 kommt dadurch heraus, dass ich von den 194 angeführten Fällen 5 abgezogen habe, nämlich 3 Fälle (61, 63, 77), in welchen der Uterus ca. 1 Jahr lang anteflektirt lag, dann aber in Folge eines nicht überwachten Wochenbetts (nach übrigens normaler Geburt) in die fehlerhafte Lage zurückkehrte. Diese

---

1) Hegar, Volkm. Samml. klin. Vortr. No. 37.

2) Vorlesungen über klin. Gynäk. 1892.

3 Fälle können unmöglich als Recidive in Folge mangelhafter Leistungsfähigkeit der Operation gezählt werden, da sie ohne den Eintritt von Schwangerschaft geheilt geblieben wären. Weiter in Abzug gebracht ist der Todesfall (138) und Fall 5. In Fall 5 konnte ein Erfolg durch die Operation nicht erzielt werden, weil es infolge der künstlich hergestellten Anteflexion durch Vermittelung parametritischer Narbenstränge zu Erscheinungen von Abknickung der Ureteren kam, so dass die Fixationsnähte schleunigst wieder entfernt wurden.

Dieser Fall hat mir übrigens den Gedanken nahe gelegt, ob nicht in einzelnen Fällen von Retroflexio, welche den Ring absolut nicht ertragen können, trotzdem der Uterus gut liegt und keine Entzündung der Adnexe da ist, die Ursache dieser Beschwerden in einer Zerrung resp. Abknickung eines oder beider Ureteren durch parametritische Narbenstränge gelegen ist.

Von den genannten 189 Fällen lag in 157 Fällen bei der letzten Untersuchung der Uterus anteflectirt, was eine Heilungsziffer von 83 pCt. giebt. Für die Frage der Dauerheilung hat diese Ziffer insofern schon einen ziemlichen Werth, als die Mehrzahl der Fälle mindestens einige Monate, vielfach aber 1—3 Jahre lang beobachtet worden ist. Um jedoch in dieser Beziehung ganz beweiskräftige Zahlen zu gewinnen, sind folgende Fragen zu beantworten: 1. In welchem Zeitraum sind die Recidive aufgetreten und 2. wie viele Fälle sind über diesen Zeitraum hinaus beobachtet worden?

Ueber die erste Frage giebt umstehende Tabelle Auskunft, in welcher die eingeklammerten Zahlen die Monatszahl, nach der das Recidiv eintrat, w wiederholte Operation, s Schwangerschaft nach der Operation bezeichnen.

Die Tabelle giebt den Zeitraum an, innerhalb dessen bei 42 Fällen das Recidiv constatirt wurde. Oben habe ich die Zahl der Heilungen auf 157, der ungeheilten Fälle auf 32 angegeben. Die Differenz erklärt sich dadurch, dass 12 von den 42 Fällen zum zweiten Mal operirt sind und von diesen 12 Fällen 10 durch die zweite Operation geheilt wurden, so dass zwar zunächst 42 Fälle, definitiv aber (nach Abzug der 10 gelungenen wiederholten Operationen) nur 32 Fälle ungeheilt blieben.

Von den 42 Recidiven wurden 34 (81 pCt.) in den ersten 9 Monaten und nur 8 (19 pCt.) im zweiten Jahr resp. noch später constatirt. In den letzten 8 Fällen war das Recidiv sicher schon

Tabelle I.

Das Recidiv wurde constatirt:					
innerhalb des 1. Viertel-jahres.	innerhalb des 2. Viertel-jahres.	innerhalb des 3. Viertel-jahres.	innerhalb des 3. Halb-jahres.	innerhalb des 4. Halb-jahres.	innerhalb des 5. Halb-jahres.
4 (1) 21 ($^1/_4$ w.) 25 ($2^1/_2$) 28 (3) 30 ($2^1/_2$ w.) 37 (w.) 58 ($1^1/_2$) 66 ($1^1/_2$) 86 (2) 92 (2) 126 (2 w.) 142 ($^1/_4$ bz. $^1/_2$ w.) 148 (1) 152 (2 w.) 173 (3 w.) 175 (1 w.)	24 (4) 35 ($5^1/_2$ w.) 49 (5) 50 ($3^1/_2$) 52 ($4^1/_2$) 73 (4) 124 (5 w.) 139 ($3^1/_2$) 168 ($3^1/_2$)	22 ($6^1/_2$) 45 ($5^1/_2$) 72 (7 s.) 83 (7) 84 (9) 123 (9) 143 (9) 145 ($7^1/_2$) 147 ($7^1/_2$)	55 ($12^1/_{30}$) 137 (14)	38 (23) 40 (23) 46 (24) 71 (23) 74 (21 w.)	1 (39)
16	9	9	2	5	1
34 constatirte Recidive in den ersten 9 Monaten.			8 im 2. Jahr und darüber constatirte Recidive.		

früher da, nur kamen die genannten Fälle erst nach so langer Zeit wieder zu einer Nachuntersuchung.

Ich glaube somit annehmen zu dürfen, dass sämmtliche Recidive nach meiner Operationsmethode bereits in den ersten 9 Monaten auftreten, dass also die Fälle, bei welchen der Uterus nach 9 Monaten noch anteflectirt gefunden wurde, als dauernd geheilt bezeichnet werden dürfen.

Zur leichteren Uebersicht habe ich die geheilten Fälle mit der Angabe der Heilungsdauer, der wiederholten Operation und der Schwangerschaft nach der Operation ebenfalls in einer Tabelle (Tabelle II) geordnet. Die Zeitangabe ist in den Fällen von wiederholter Operation von der zweiten Operation an zu verstehen.

Tabelle II.

Der Uterus wurde anteflektirt gefunden (bei der letzten Untersuchung):

1—3	3—6	6—12	12—18	18—24	innerhalb des 5. u. 6. Halbjahres.
innerhalb des 1. Vierteljahres.	innerhalb des 2. Vierteljahres.	innerhalb des 2. Halbjahres.	innerhalb des 3. Halbjahres.	innerhalb des 4. Halbjahres.	
3 (1)	15 (3½)	11 (9⅓)	12 (15)	2 (18¾ s.)	31 (32½ s.)
6 (1)	37 (3⅓)	16 (10 s)	32 (15)	13 (24 s.)	48 (31)
7 (2)	57 (5)	18 (12)	35 (16)	17 (24)	64 (31 s.)
8 (1)	59 (5)	23 (6⅙)	43 (14)	19 (23)	95 (26)
9 (⅔)	60 (4)	54 (7½)	102 (14)	26 (23)	96 (29)
10 (1)	62 (3)	68 (8)	136 (14)	29 (23)	97 (30 s.)
14 (¼)	89 (3½)	74 (9 w.)	140 (16½)	30 (23)	98 (30)
20 (½)	101 (3½)	78 (7)	141 (15)	39 (22½)	129 (27½)
21 (1 w.)	116 (5)	107 (8¾)	144 (14 s.)	42 (22½)	
27 (1)	125 (3 s.)	108 (8¾)	154 (14 s.)	44 (24 s.)	
33 (1)	161 (6 s.)	120 (9½)	157 (13 s.)	51 (22)	
34 (¼)	162 (5)	128 (9⅓)		53 (21½)	
36 (1)	164 (4⅓)	130 (10¾)		56 (22½)	
41 (⅓)	169 (4½)	133 (9)		69 (24)	
47 (1)	170 (3)	135 (9)		70 (24)	
65 (2)	172 (3⅓)	150 (11⅓ s.)		75 (21)	
67 (1)	181 (3½)	151 (6)		76 (22)	
99 (½)	183 (4)	159 (11½)		79 (21)	
110 (2)	184 (6)	160 (10½)		80 (21½)	
111 (2)	187 (4⅓)	163 (10)		81 (21)	
117 (⅓)		165 (11)		82 (23)	
121 (2¾)		166 (8⅓)		85 (21)	
124 (2 w.)		171 (7)		87 (20½)	
126 (2 w.)		175 (12)		88 (20½)	
127 (3)		176 (9 s.)		90 (21)	
146 (½)		179 (7½)		91 (20½)	
149 (½)		182 (6⅔)		93 (20½)	
152 (⅓ w.)				94 (20½)	
153 (3)		(darunter		100 (20½)	
155 (2½)		16 Fälle		103 (23½ s.)	
156 (2)		von 9 Monaten und		104 (20)	
158 (2)		darüber).		105 (20 s.)	
167 (1)				106 (22)	
173 (2 w.)				109 (23)	
174 (2½)				112 (20)	
35	20	27	11	35	8

Der Uterus wurde anteflektirt gefunden (bei der letzten Untersuchung):

1—3	3—6	6—12	12—18	18—24	innerhalb des 5. u. 6. Halbjahres.
innerhalb des 1. Vierteljahres.	innerhalb des 2. Vierteljahres.	innerhalb des 2. Halbjahres.	innerhalb des 3. Halbjahres.	innerhalb des 4. Halbjahres.	
35	20	27	11	35	8
177 ($1^1/_3$)				113 (20)	
178 (1)				114 (21)	
180 (2)				115 ($20^1/_2$)	
185 ($2^1/_2$)				118 (20)	
186 ($2^1/_3$)				119 ($18^1/_4$ s.)	
188 ($^4/_5$)				122 ($19^1/_2$ s.)	
189 (2)				131 (23)	
190 ($1^2/_3$)				132 (20)	
191 ($1^2/_3$)				134 (18 s.?)	
192 (2)		79 Fälle von Anteflexio uteri 9 Monate und länger nach der Operation.			
193 (2)					
194 ($2^2/_3$)					
47	20	27	11	44	8

157 Fälle von Anteflexion in den ersten Monaten und später.

Aus der Tabelle II. ergiebt sich, dass in 79 Fällen der Uterus 9—$32^1/_2$ Monate nach der Operation in normaler Lage gefunden wurde. Gemäss den aus der Tabelle I. gezogenen Schlussfolgerungen dürfen wir diese Fälle als Dauerheilungen ansprechen, denen 32 Recidive gegenüberstehen. Wir erhalten somit 111 Fälle mit 79 (71 pCt.) Heilungen und 32 (29 pCt.) Recidiven.

Während also bei 189 Fällen die letzte Untersuchung eine Heilungsziffer von 83 pCt. ergab, sank diese Ziffer bei 111 Fällen, bei denen die geheilten Fälle mindestens 9 Monate beobachtet werden konnten, auf 71 pCt.

Diese 71 pCt. Heilungen geben also den Procentsatz von Dauerheilungen an, welcher sich durch Anwendung meiner alten Methode, der Vaginofixation ohne Eröffnung des Peritoneums, bei mobiler und fixirter Retroflexio hat erzielen lassen.

Ich betone dabei, dass alle Fälle von vollendeten und unvoll-

endeten Vaginofixationen, die ich überhaupt operirt habe, in dieser Arbeit enthalten sind, dass ich nicht etwa, wie Mackenrodt[1]) in seiner jüngst veröffentlichten Statistik, Misserfolge aus der Statistik herausgelassen habe.

Die Heilungsziffer von 71 pCt. bezieht sich, wie gesagt, nur auf den Theil der Fälle, welcher sich zu den Nachuntersuchungen eingestellt hat. Diese Ziffer wird noch um einige Procent steigen, wenn unter dem Rest der Fälle älteren Datums, der sich nicht zur Nachuntersuchung stellte, nur noch wenige Recidive vorkommen werden. Dass die Zahl dieser Recidive gering sein wird, glaube ich annehmen zu dürfen, weil die Recidive, wenn sich die vor der Operation bestehenden Beschwerden wieder einstellen, spontan zur Untersuchung kommen, während die Fälle von Dauerheilungen dazu keine Veranlassung haben. Die Richtigkeit dieses Satzes beweist die Durchsicht meiner Fälle, von denen nur 6 Recidive unter 42, also 14 pCt. auf Aufforderung meinerseits, die anderen 86 pCt. dagegen spontan sich zur Nachuntersuchung einfanden, während bei den geheilten Fällen das Verhältniss gerade umgekehrt ist. Sie sind erst auf meine Aufforderung hin erschienen. Es dürfte daher aus dieser Thatsache der Schluss gerechtfertigt sein, dass meiner Aufforderung die Recidive fast sämmtlich, von den geheilten Fällen dagegen eine Anzahl nicht gefolgt sind.

Ich glaube mich daher zu dem Ausspruch berechtigt, dass ich durch meine alte Methode der Vaginofixation circa 75 pCt. der operirten Fälle von mobiler und fixirter Retroflexio zur Dauerheilung verholfen habe.

Im Nachfolgenden werde ich zeigen, dass sich die Recidive durch Verbesserungen der Operationstechnik und durch einige Vorsichtsmaassregeln im Fall eines späteren Wochenbetts ganz aus der Welt schaffen lassen werden. Die genannten Verbesserungen bringen die Ursachen der Recidive zum Fortfall. Ehe ich auf diese Verbesserungen eingehe, will ich die Ursachen der Recidive besprechen.

---

1) Berl. klin. Wochenschr. 1894, No. 31 u. 32. Da mir diese merkwürdige Statistik, unter deren 75 Fällen übrigens 38 weniger als 9 Monate beobachtet sind, erst bei der Correctur meiner Arbeit vorgelegen hat, so kann ich auf dieselbe hier nicht näher eingehen.

Die Ursachen der Recidive.

Die Hauptursache für die Entstehung eines Recidivs bilden perimetritische Stränge resp. Verwachsungen mit dem Rectum und den Ovarien. Und zwar sind es nicht solche perimetritische Stränge, welche etwa direct das Rectum mit dem Fundus verbinden, also

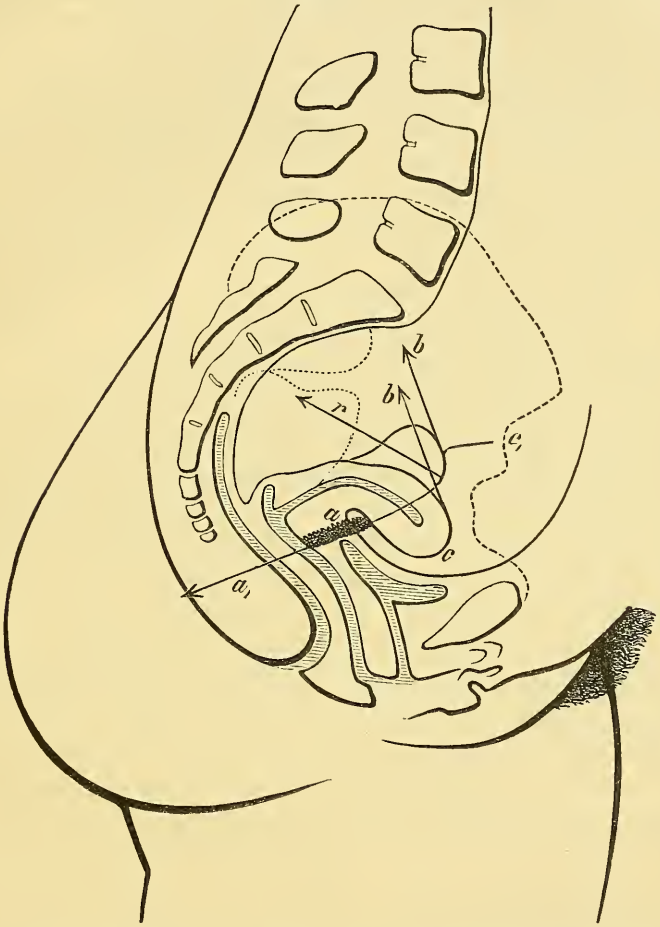
Fig. 11.

hinter dem Uterus gelegen sind, sondern die mehr seitlich verlaufenden perimetritischen Stränge. Schon bei einer früheren Gelegenheit[1]) habe ich die verschiedene Einwirkung der perimetritischen Stränge auf den vagino-fixirten Uterus erwähnt. In Fig. 11 bedeutet b die Zugwirkung hinterer, am Fundus inserirender perimetritischer Stränge, a, die Zugrichtung der durch Vaginofixation geschaffenen Narbe a. Aus dem gemeinsamen Zug dieser beiden Componenten, nämlich a, und b resultirt die Zugrichtung r, welche zu einer Retropositio uteri anteflexi führt. Diese Lage des Uterus habe ich in zahlreichen geheilten Fällen von Vaginofixation bei Vorhandensein hinterer perimetri-

1) Centralbl. f. Gyn. 1893, No. 30.

tischer Stränge thatsächlich constatiren können. Dies Verhältniss ändert sich sofort, wenn die künstliche Fixation sich nur wenig am Uterus in die Höhe erstreckt, also nur „etwas über der Höhe des inneren Muttermundes" gelegen ist — wie

Fig. 12.



das bei der Methode von Mackenrodt ursprünglich der Fall war und erst nach meiner Publication geändert wurde — oder wenn die ursprünglich höher angelegten Fixationsnähte vorzeitig durchschneiden (s. Fall 168). Dann (s. Fig. 12) bringt nämlich die Fixation resp. die Zugrichtung b den Fundus zunächst von c nach c_1. Nunmehr wirken die Zugkräfte b und a, ungefähr von einem Punkte aus, so dass die Resultante dieser beiden

Kräfte durch r gegeben wird, d. h. also der Fundus uteri wird in der Richtung r weiter nach hinten gezogen, retrovertirt resp. retroflectirt.

Bei seitlichen resp. nach rechts oder links hinten verlaufenden perimetritischen Strängen vermag auch eine hohe Fixation ein Recidiv nicht mit Sicherheit zu verhüten. Wie die Betrachtung der Recidive lehrt, weicht in diesen Fällen der Fundus zunächst nach einer Seite ab, der Uterus liegt also anteflectirt, aber in Lateroversio. Einige Monate später aber finden wir den Uterus völlig retrovertirt resp. retroflectirt. Derselbe Vorgang spielt sich also nach der Operation langsam, im Verlauf von Monaten ab, welchen wir vor der Vaginofixation nach gelungener Reposition des Uterus in wenigen Secunden beobachten können. Der Fundus weicht zunächst nach der Seite ab — sei es, dass er direct nach dieser Seite, sei es, dass die Cervix nach der anderen Seite gezogen wird — und im nächsten Moment liegt der Uterus retrovertirt.

Was nun die Art dieser seitlichen Stränge anbelangt, so sind es entweder perimetritische Verwachsungen zwischen Uterus, Tube und Ovarium oder parametritische Narbenstränge, welche theils zur Spina ischii ziehen, theils zum Ovarium. Das Ovarium ist häufig auf den Strang fixirt, so dass man die Diagnose auf perimetritischen, den Uterus mit dem Ovarium verbindenden Strang zu stellen geneigt ist. Die vaginale Laparotomie und auch gelegentliche Befunde bei ventralen Laparotomien haben mich jedoch belehrt, wie häufig thatsächlich parametritische Stränge ganz die Symptome und diagnostischen Merkmale von perimetritischen Strängen vortäuschen. Früher habe ich multiple, dünne, sehr empfindliche Stränge, welche in der Richtung der Douglas'schen Falten nach den Ovarien hinzogen, stets für perimetritische Stränge gehalten, aber mehrfach bei der vaginalen Laparotomie (cfr. die Fälle 176—194) das ganze Beckenperitoneum völlig normal gefunden. Ich möchte nach diesen Erfahrungen Stränge, welche nach den Ovarien hinziehen, stets dann für parametritische halten, wenn die Ovarien beweglich sind oder nur mit ihrer unteren Fläche auf einem derartigen Strang wie angekittet erscheinen.

Während für eine Massagetherapie z. B. die Differentialdiagnose bei diesen Strängen wenig Bedeutung hat, so ist sie für die Vaginofixation einigermaassen wichtig, insofern bei den seitlichen parametritischen Strängen ein Recidiv viel seltener vorkommt, als bei den seitlichen, mit den Ovarien verwachsenen perimetri-

tischen Strängen. Auch kann man bei parametritischen Strängen die Vaginofixation ohne Eröffnung des Peritoneums machen.

Nebenbei bemerkt haben mich diese Beobachtungen zu der Ueberzeugung gebracht, dass der „Parametritis posterior" B. S. Schultze's eine viel grössere Bedeutung zukommt, als die Mehrzahl der Gynäkologen ihr zugestehen will, und dass sie nicht nur jene Fälle umfasst, wo man die Douglas'schen Falten als zwei verdickte Stränge fühlt, sondern auch jene von mir oben geschilderten Fälle mit oft zahlreichen nach rechts und links hinten ausstrahlenden Strängen, bei denen die Ovarien beweglich sind.

Auf diese Stränge lässt sich das Recidiv in 28 Fällen zurückführen, nämlich in den Fällen 1, 4, 21, 22, 24, 25, 28, 30, 35, 49, 50, 52, 55, 58, 66, 71, 72, 73, 74, 83, 84, 86, 92, 123, 124, 126, 173, 175.

Bezüglich der Art der Stränge ist folgendes notirt:

Fall 1: Uterus reponibel, wird durch Stränge, die mit dem rechten Ovarium zusammenhängen, wieder in Retroversion übergeführt.

Fall 4: Nach vollendeter Operation ziehen von dem richtig gelagerten Fundus uteri beiderseits straff gespannte Stränge nach der Gegend der Spinae ischii.

Fall 21: Schrumpfung des ganzen Lig. latum sin., in ihm das kleine fixirte Ovarium. 14tägige bimanuelle Massage, dann erfolgreiche zweite Operation.

Fall 22: Uterus retroflektirt im Ring, ist durch massenhafte Stränge nach beiden Seiten und hinten fixirt. Fundus 3 Monate nach der Operation nach rechts geneigt, nach weiteren 3 Monaten retroflektirt. Status 2 Jahre post operationem: Uterus retroflektirt, nach rechts hinten fixirt, nicht reponibel.

Fall 24: Ring nicht vertragen wegen Verwachsung des linken Ovariums im Douglas.

Fall 25: Wegen Retroflexio uteri fixata Massage, nach gelungener Reposition Ring, in dem der Uterus retrovertirt lag. Vor der Vaginofixation Dehnung von nach rechts und links hinten ziehenden Strängen. Uterus nach 3 Monaten retrovertirt, lässt sich jetzt aber im Ring richtig lagern.

Fall 28: Uterus retrovertirt im Ring, Stränge zu beiden Spinae ischii. Ein Recidiv ist in diesem Falle nicht ausgeprägt vorhanden. Der Uterus lag meistens anteflektirt in Retroversionstellung, nach

hinten waren empfindliche parametritische Stränge zu fühlen. Zeitweise erhielt Pat. nach der Operation einen Ring.

Fall 30: Uterus im Ring retroflektirt, nach der Operation entstand infolge unzweckmässigen Verhaltens eine frische Verwachsung des Uterus mit dem linken Ovarium, welche zum Recidiv führte. Dauerheilung durch die Wiederholung der Operation. 2 Jahre nach der Operation: Ovarien beweglich, Uterus anteflektirt in der Beckenaxe, Stränge nach rechts hinten.

Fall 35: Uterus retroflektirt im Ring, durch zahlreiche Stränge nach hinten fixirt, welche nach 6 Monaten zum Recidiv führten. Wiederholung der Operation im Verein mit Portioamputation (wegen starker Vergrösserung des Uterus) erzielt Dauerheilung, Verkleinerung des Uteruskörpers und Verschwinden aller Stränge.

Fall 49: Uterus durch massenhafte Stränge nach rechts und links hinten fixirt, so dass nach 5 Monaten das Recidiv zu constatiren war.

Fall 50: Uterus im Ring retroflektirt. $3^1/_2$ Monate post operationem Recidiv, Uterus stark vergrössert, hinten fest fixirt. Später vergebliche Lösung der Verwachsungen in Narkose, Uterus im Ring retroflektirt.

Fall 52: Uterus nur im Thomaspessar anteflektirt, zahlreiche linksseitige Stränge. Recidiv nach $4^1/_2$ Monaten. 16 Monate nach der Operation: Uterus steht aufrecht im Ring, derber linksseitiger Strang.

Fall 55: Uterus in allen Ringen retroflektirt. Dehnung zahlreicher hinterer perimetritischer Stränge bei der Operation und Auslösung des rechten Ovariums aus Verwachsungen. 12 Monate post operationem: Uterus retrovertirt, vergrössert, durch empfindliche perimetritische Stränge nach hinten fixirt.

Fall 58: Uterus lag nie gut im Ring. $1^1/_2$ Monate post operationem Beginn des Recidivs, 8 Monate post operationem Uterus stark vergrössert, retrovertirt, durch Stränge nach hinten gezogen, 20 Monate post operationem mit dem linken Ovarium verwachsen, schwer reponibel, federt sofort in Retroversion zurück.

Fall 66: Uterus stets retroflektirt im Ring, durch empfindliche Stränge nach rechts hinten fixirt. Uterus und Ovarien werden bei der Operation aus zahlreichen Verwachsungen gelöst, so dass der Erfolg der Operation von vornherein ein zweifelhafter war, zumal der Uterus stark vergrössert war. Nach 6 Wochen Recidiv, doch lag nunmehr der Uterus im Ring anteflektirt.

Fall 71: Uterus durch massenhafte Stränge nach rechts hinten gezogen. Recidiv 23 Monate später constatirt, Befund der gleiche.

Fall 72: 7 Monate post operationem Graviditas mens. II., Uterus retroflektirt, dann Fehlgeburt im 5. Monat. 21½ Monate post operationem: Uterus retroflektirt, vergrössert, nach rechts hinten fixirt, nicht reponibel.

Fall 73: Uterus nach rechts und links hinten, rechtes Ovarium ebenfalls fixirt, Portio hypertrophisch. Recidiv nach 4 Monaten.

Fall 74: Uterus im Ring sinistrovertirt (chronische Perimetritis). Recidiv 21 Monate später constatirt: Fundus durch straffe Stränge nach links gezogen, die mit dem Ovarium zusammenhängen und den Uterus sofort nach gelungener Reposition wieder in Retroflexion ziehen. Die vaginale Laparotomie zeigte, dass diese Stränge durch zahlreiche perimetritische Membranen zwischen Uterus einerseits und Tube und Ovarium andererseits gebildet wurden.

Fall 83: Uterus wegen hinterer perimetritischer Stränge im Ring retrovertirt. Kein ausgesprochenes Recidiv.

Fall 84: Retroversio mit zahlreichen parametritischen Strängen nach beiden Seiten und hinten. Recidiv nach 9 Monaten, empfindlicher perimetritischer Strang nach rechts hinten. 21 Monate post operationem: Uterus retroflektirt, durch Stränge nach rechts hinten gezogen und mit dem linken Ovarium verwachsen.

Fall 86: Retroflexio uteri fixata, ein vergeblicher Repositionsversuch in Narkose, bei der Vaginofixation Lösung des Uterus und des rechten Ovariums aus Fixationen. Recidiv nach 2 Monaten, Uterus liegt nach der Operation gut im Ring, was vorher nicht zu erzielen war.

Fall 92: Retroflexio uteri fixata, Repositionsversuch in Narkose und Ring, der aber wegen Schmerzen entfernt werden musste, bei der Operation abermalige Dehnung zahlreicher Stränge. Recidiv nach 2 Monaten.

Fall 123: Bei der Operation Lösung des grossen Uterus und des linken Ovariums aus perimetritischen Verwachsungen.

Fall 124: Wegen fixirter Retroflexio Massage. Schon nach 14 Tagen beginnendes Recidiv, resp. Reposition wahrscheinlich überhaupt nicht gelungen. 17½ Monate später Uterus gross, retroflektirt, nach links hinten fixirt und mit dem linken Ovarium verwachsen, sodass er nur in Narkose reponibel ist und nach Entfernung der fixirenden Hände sofort wieder in Retroflexion zurück-

schnellt. Die vaginale Laparotomie ergiebt zahlreiche perimetritische Stränge zwischen Fundus und Cervix und hinterer Uteruswand sowie linker Tube und Ovarium.

Fall 126: Uterus gross, durch kurze dicke Stränge nach rechts hinten fixirt, Reposition nur mit der Kugelzange möglich. Recidiv nach 2 Monaten: Uterus retrovertirt, durch straffe perimetritische Verwachsungen fixirt. Indessen lässt sich jetzt der Uterus reponiren und im Ring richtig lagern.

Fall 173: Narkosenuntersuchung ergiebt einen 9 cm langen, schmalen, nach rechts hinten fixirten Uterus, welcher sich bimanuell nicht aufrichten, sondern nur mit der Sonde nach vorn drängen lässt. Recidiv nach 3 Monaten. Doch lässt sich der Uterus jetzt leicht reponiren und ohne Beschwerden im Ring richtig lagern.

Fall 175: Retroflexio uteri fixata, Vorschlag der Laparotomie in anderer Poliklinik, 13 Ringe getragen ohne Erfolg. Massage. Uterus nur mit Kugelzange reponibel, doch nicht in Anteflexion festzuhalten. Nach rechts hinten zahlreiche perimetritische(?) Stränge. Dauerheilung nach der zweiten Operation.

In der Mehrzahl dieser Fälle war das Recidiv durch perimetritische Stränge bedingt, und auch in den wenigen Fällen, wo parametritische Stränge vorhanden waren (Fall 28, 35, 52, 173), ist es durchaus zweifelhaft, ob das Recidiv wirklich durch diese Stränge oder nicht vielmehr durch eine gleichzeitig vorhandene Metritis erzeugt worden ist. In dieser Beziehung ist mir nur der Fall 52 unklar. In den 3 übrigen Fällen war eine ganz bedeutende Vergrösserung des Uterus durch chronische Metritis vorhanden. Dieselbe erforderte in Fall 28 bei der Vaginofixation 4 provisorische Nähte und in Fall 35 bei der Wiederholung der Operation die Portioamputation, wodurch dann die zweite Operation einen dauernden Erfolg erzielte. In Fall 173 war neben einer Schrumpfung des rechten Ligamentum latum ebenfalls eine starke Vergrösserung des Uterus vorhanden, indem der Uterus bei der betreffenden Virgo 9 cm maass.

Als zweite Ursache der Recidive ist die chronische Metritis anzusehen, zumal wenn sie mit bedeutender Hypertrophie der Portio einhergeht. Die Erklärung des Recidivs bei chronischer Metritis liegt in folgenden Thatsachen: Ein solcher Uterus ist gestreckt und lässt sich nicht über seine vordere Fläche krümmen, anteflektiren. Nähen wir also den Fundus eines solchen Uterus nach vorne an die Scheide, so muss die Portio nach hinten weichen.

Dies ist aber nicht möglich, weil die Portio hypertrophisch ist und in Folge dessen von der hinteren Scheidenwand nach vorn gedrängt wird. Somit zwingen stabil gewordene pathologische Verhältnisse die Cervix nach vorne und, da der Uterus gestreckt ist, den Fundus nach hinten, sie üben auf die Nähte resp. die künstlich erzeugten Verwachsungen einen derartigen Zug aus, dass die Nähte durchschneiden resp. die Verwachsungen sich dehnen. Im ersten Fall tritt das Recidiv schon nach 8—14 Tagen, im letzteren nach wenigen Monaten auf.

Theils nur durch chronische Metritis, theils durch chronische Metritis und perimetritische (s. o.) Stränge war das Recidiv in folgenden Fällen veranlasst:

(21), (35), 37, 40, 45, 46, (50), (55), (58), (66), (72), (73), (86), (92), (123), (126), 142, 168, (173), bei denen die eingeklammerten Nummern die Fälle mit Metritis und Verwachsungen bezeichnen, so dass also in 6 Fällen das Recidiv auf chronische Metritis ohne Verwachsungen zurückzuführen ist, nämlich in den Fällen 37, 40, 45, 46, 92, 142, 168.

In Fall 37 lag der sehr grosse Uterus schon 8 Tage nach der Operation zwar anteflektirt, aber in Retroversionsstellung. Die Nähte hielten also noch trotz des starken Gegenzuges den Fundus nach vorn. Nach Durchschneiden der Fäden, ca. $1^1/_2$ Monat nach der Operation, lag der Uterus bereits retroflektirt.

Die wiederholte Operation erzielte längere Heilung (3 Monate lang beobachtet).

In Fall 40 war der Uterus sehr gross und starr. Das Recidiv wurde erst 23 Monate später constatirt, weil die Pat. zu weiteren Untersuchungen trotz Beschwerden (Blasenstein!) nicht erschienen war. Freilich bestanden hier neben der Metritis auch Verwachsungen, so dass der Fall auch in die erste Kategorie hätte eingereiht werden können.

In Fall 45 ist die Vergrösserung des Uterus nicht notirt, war aber in bedeutendem Maasse vorhanden, ebenso in Fall 46 (4 provisorische Nähte!).

In Fall 142 war bei einer Virgo der Uterus $8^1/_2$ cm lang und lag schon 8 Tage post operationem retroflektirt. In diesem Fall wurde das Recidiv ausserdem noch befördert durch wahrscheinlich zu frühes Durchschneiden resp. zu frühe Resorption der fixirenden Chromcatgutnähte. Die wiederholte Operation erzielte ein so wenig befriedigendes Resultat, dass ich den Fall zu den Recidiven ge-

zählt habe. Den Misserfolg der zweiten Operation kann ich nur in den Ursachen suchen, die ich als massgebend für die Recidive bei chronischer Metritis genannt habe.

In Fall 168 war eine bedeutende Metritis corporis vorhanden. Es zeigte ferner die directe Betrachtung des exstirpirten Uterus, dass die Fäden die vordere Uteruswand thatsächlich durchschnitten hatten (s. Beschreibung der Narben am peritonealen Ueberzug des Uterus). Die Portio war in diesem Falle allerdings senil-atrophisch, indessen war sie durch senile Involution der Scheide und der Parametrien fixirt, konnte also ebenso wenig wie eine hypertrophische Portio, nach hinten ausweichen. Das Resultat musste dasselbe sein, nämlich eine stete Zerrung des Fundus nach hinten, so dass die Nähte durchschnitten und es nur zu einer starken Narbenbildung im antecervicalen Gewebe kam.

Als weitere Ursache für die Recidive nenne ich die vorzeitige Resorption der in einer Anzahl von Fällen gebrauchten trocken sterilisirten Chromcatgutfixationsnähte resp. eine durch das reizlose Catgut bedingte mangelhalte Narbenbildung in den Fällen 142, 143, 145, 147, 148, 152.

Freilich waren in diesen Fällen noch andere schon besprochene Momente für die Entstehung des Recidivs anzuschuldigen. So in Fall 142 die chronische Metritis, in den übrigen Fällen derartige perimetritische Verwachsungen, dass in Fall 152 z. B. der Uterus überhaupt nicht reponibel war. Unzweifelhaft aber ist das Recidiv in diesen Fällen durch die Art des Nahtmaterials begünstigt worden, insofern unter den mit Catgut genähten Fällen die Zahl der Recidive eine relativ bedeutendere ist, nämlich von 12 Fällen 6 (50 pCt.).

Die letzte Ursache für Recidive bildet die Schwangerschaft, wie ich in drei meiner Fälle beobachten konnte.

Die Fälle, in welchen innerhalb eines Jahres nach der Vaginofixation Schwangerschaft eingetreten ist, sind die Fälle 1, 2, 13, 16, 31, 44, 61, 63, 64, 72, 77, 97, 103, 105, 119, 122, 125, 134, 144, 150, 154, 157, 161, 176, zusammen 24 Fälle.

Fall 1 hat $^1/_2$ Jahr nach der Operation abortirt. Unmittelbar vor der Operation hat auch ein Abort stattgefunden. Eine Untersuchung während der Gravidität hat nicht stattgefunden. Keine Beschwerden während derselben.

Fall 2 hat ca. $^1/_2$ Jahr nach der Operation concipirt und normal geboren. Der Uterus lag während und nach der Schwanger-

schaft anteflektirt. Keine Beschwerden. Pat. hat ihr Kind genährt. Kurz vor der Operation Abort.

Fall 13 hat kurz vor der Operation abortirt, 1 Jahr post operat. normal geboren, nährte das Kind. In der Schwangerschaft und nach derselben lag der Uterus anteflektirt, Pat. hatte keine Beschwerden.

Fall 16 hat ca. 7 Monate post operationem concipirt und stand bis in den 5. Monat der Schwangerschaft unter ärztlicher Aufsicht. In dieser Zeit Uterus anteflektirt. Keine Beschwerden.

Fall 31 hat kurz vor der Operation 2 mal abortirt, nach der Operation eine Fehlgeburt und am 13. 3. 94 eine ganz normale, leichte Geburt durchgemacht. Während der letzten Schwangerschaft und auch nach der Geburt lag der Uterus anteflektirt, Pat. hatte während der Schwangerschaft gar keine Beschwerden.

Fall 44 concipirte $2^1/_2$ Monate post operationem und gebar 1 Jahr post operationem. In der Schwangerschaft lag der Uterus stets anteflektirt. Beschwerden in derselben (Brennen in der Blase) durch einen spontan, 4 Wochen ante partum abgegangenen Blasenstein. Ende 1893 war Pat. bereits wieder ohne Beschwerden von 2 Monaten schwanger. Nährte das Kind über 4 Monate.

Fall 61 war 7 Jahre lang vor der Operation steril, nachdem sie vorher 4 mal geboren, concipirte $3^1/_2$ Monate post operationem. Der Uterus lag in der Schwangerschaft stets anteflektirt. Normale Geburt. Pat. nährte nicht. 9 Monate nach der Geburt Uterus gross, retroflektirt.

Fall 63 hat 1 Jahr post operationem geboren. In der Schwangerschaft keine Beschwerden und Anteflexio uteri. Nährte 3 Wochen. $9^1/_2$ Monate nach der Geburt Uterus gross, retrovertirt.

Fall 64 hat 4 Jahre vor der Operation einmal geboren und wurde 2 Jahre nach der Operation trotz chronischer Perimetritis schwanger. Trotz furchtbarer Kreuzschmerzen und unheimlicher Leibschmerzen in den ersten Monaten hat die Schwangerschaft ihr normales Ende nahezu erreicht.

Fall 72 concipirte ca. 5 Monate post operationem. Der Uterus, welcher unmittelbar vor der Conception anteflektirt war, lag im 2. Monat der Schwangerschaft retroflektirt. Pat. hatte keine Beschwerden, abortirte aber im 5. Monat. $21^1/_2$ Monate post operationem fand ich eine fixirte irreponible Retroflexio.

Fall 77 hatte zuletzt 2 Jahre ante operationem geboren (Fehlgeburt). Sie concipirte 1 Monat nach der Operation und ge-

bar 10 Monate nach der Operation. In der Schwangerschaft keine Beschwerden und Anteflexio uteri. Nährte nicht. 21 Monate post operationem Uterus retrovertirt.

Fall 97 gebar normal $2^1/_4$ Jahr post operationem. Während und nach der Schwangerschaft lag der Uterus normal. Nährt.

Fall 103 abortirte kurz vor der Operation, concipirte $3^1/_2$ Monate nach derselben und gebar 13 Monate nach der Operation. In der Schwangerschaft Uterus anteflektirt, Beschwerden in Folge erschwerter Urinentleerung und fürchterliche Schmerzen beim Gehen. Pat. nährte. Der Uterus lag $23^1/_2$ Monate post operationem völlig normal.

Fall 105. Normale Geburt 14 Monate vor der Operation. 20 Monate nach der Operation fand ich Pat. im 3. Monat schwanger, den Uterus anteflektirt, keine Beschwerden.

Fall 119. Letzte normale Geburt 2 Jahre vor der Operation. Pat. gebar $10^1/_2$ Monate nach der Operation (14. 3. 93), nährte 3 Monate und ist am 8. 11. 93 wieder schwanger im 3. Monat. Uterus anteflektirt, keine Beschwerden.

Fall 122 (s. Tabelle) hat normal geboren und ist schon zum 2. Mal nach der Operation schwanger.

Fall 125 hat 1 mal abortirt. 3 Monate nach der Operation Schwangerschaft von 2 Monaten, Uterus anteflektirt, keine Beschwerden.

Fall 134. Letzte Geburt $1^1/_2$ Jahre vor der Operation. 10 Monate nach der Operation hat Patientin nach ihrer Angabe abortirt.

Fall 144. Letzte normale Geburt $4^1/_2$ Monate vor der Operation. Nach dieser Geburt 8wöchentliche Blutungen, wegen deren von anderer Seite curettirt wurde. 9 Monate nach der Operation Conception, dann Abort von 2 Monaten. In der Schwangerschaft keine Beschwerden. 14 Monate nach der Operation liegt der Uterus anteflektirt, ist durch chronische Metritis vergrössert.

Fall 150. 39jährige Dame ist zum zweiten Mal (seit Januar 1893) steril verheirathet, Retroflexio uteri fixata. Vaginofixation 15. 4. 93. Menstruation blieb vom 11. August an fort, es zeigten sich Schwangerschaftssymptome, und Mitte October trat nach Angabe des behandelnden Arztes Abort ein, nachdem Pat. ungewöhnlich viel in der Wirthschaft beschäftigt war, schwer gehoben und sich häufig gebückt hatte. Am 26. 3. 94 finde ich sie wieder

schwanger von 2 Monaten, Beschwerden fehlen gänzlich, Uterus liegt anteflektirt.

Fall 154 hat am 16.4.93 eine Zangenentbindung durchgemacht. 12. 6. 93 Vaginofixation. 21. 2. 94 finde ich Pat. von 6 Monaten ohne Beschwerden schwanger. Pat. hat mittlerweile geboren. Trotzdem sie nicht nährte, blieb der Uterus anteflektirt.

Fall 157. Einzige Geburt 4 Jahre vor der Vaginofixation. 2 Monate nach der Operation Conception. 23. 2. 94. Pat. ist von 6 Monaten schwanger, klagt gegenwärtig nur über Drängen nach unten. 28. 7. 94 spontane Geburt. 11. 8. 94 Uterus stark antevertirt und anteflektirt. Pat. nährt.

Fall 161 concipirte 3 Monate nach der Operation und abortirte, ohne zu wissen, dass sie schwanger sei, Anfang des 3. Monats. In der Schwangerschaft hatte sie gar keine Beschwerden und hantirte in ihrem Schlächterladen wie gewöhnlich. Uterus lag nach der Schwangerschaft anteflektirt.

Fall 176 (intraperitoneale Vaginofixation) concipirte 4 Wochen nach der Operation. In der Schwangerschaft, die jetzt (17. 8. 94) bis zum 9. Monat vorgeschritten ist, lag der Uterus stets anteflektirt. Pat. klagt über krampfhafte Leib- und Kreuzschmerzen, Schmerzen in der linken Seite und häufigen Drang zum Urinlassen.

Eine Zusammenstellung dieser Fälle von Schwangerschaft und Geburt nach Vaginofixation ist in umstehender Tabelle III enthalten.

Aus dieser Tabelle geht hervor, dass bereits 13 Fälle normal geboren (2, 13, 31, 44, 61, 63, 77, 97, 103, 119, 122, 154, 157), 6 Fälle abortirt haben (1, 72, 134, 144, 150, 161) und 6 Fälle zur Zeit der letzten Untersuchung schwanger waren (16, 64, 105, 125, 150, 176). 5 Fälle sind zum zweiten Mal nach der Operation schwanger geworden (31, 44, 119, 122, 150), und zwar die Fälle 44, 119, 122 nach vorausgegangener normaler, die Fälle 31 und 150 nach Fehlgeburt. Fall 31 hat jetzt geboren, und zwar ganz normal und leicht.

Welche Beziehungen bestehen nun zwischen meiner Operation und der Schwangerschaft?

Zunächst begünstigt die Operation entschieden den Eintritt einer Conception und den normalen Verlauf der Schwangerschaft. In Fall 61 bestand seit der letzten Geburt eine siebenjährige Sterilität. Die Frau concipirte $3^1/_2$ Monate nach der Operation. Fall 157 concipirte 2 Monate, Fall 64 2 Jahre nach

Tabelle III.

Nummer des Falls.	Ist bereits nach der Operation eine Geburt erfolgt?	Art der letzten Geburt vor der Operation und wie lange vorher?	Eintritt von Schwangerschaft wie lange nach der Operation?	Eintritt einer Geburt wie lange nach der Operation?
1	Ja (Abort).	Abort (1 Monat vorher).	—	½ Jahr (Abort).
2	Ja.	do.	½ Jahr.	16½ Monate.
13	„	Abort (½ Monat vorher).	1 Monat.	1 Jahr.
16	Nein.	—	7 Monate.	—
31	Ja (eine Fehlgeburt und eine normale Geburt.	Abort (3 Monate).	—	14 Monate (Fehlgeburt des 5. Monats). 27½ Monate (normale Geburt).
44	Ja.	—	—	1 Jahr (29. 1. 93).
61	„	Normal (7 Jahre).	3½ Monate.	1 Jahr (3. 2. 93).
63	„	—	—	1 Jahr.
64	Nein.	Normal (4 Jahre).	2 Jahre.	—
72	Ja (Fehlgeburt).	—	5 Monate.	10 Monate (Fehlgeburt).
77	Ja.	Fehlgeburt (2 Jahre).	1 Monat.	10 Monate.
103	„	Abort (3 Monate).	3½ Monate.	13 Monate.
105	Nein.	Normal (14 Monate).	17 Monate.	—
119	Ja.	Normal (2 Jahre).	—	10½ Monate.
122	„	Abort (1½ Monate).	—	15 Monate.

Tabelle III.

Beschwerden während der Schwangerschaft.	Lage d. Uterus während der ersten Monate der Schwangerschaft.	Lage des Uterus nach der Geburt.	Nährte Pat. das nach der Operation geborene Kind?	Bemerkungen.
Keine.	?	Retrovertirt ($2^3/_4$ Jahre nach d. Abort).	—	—
„	Anteflektirt.	Anteflektirt.	Ja.	—
„	„	„	„	—
„	Anteflektirt (nur bis zum 5. Monat beobachtet).	—	—	—
Blasenbeschwerden in der ersten Schwangerschaft (Blasenstein), keine in der zweiten.	Anteflektirt.	Anteflektirt.	Ja.	—
do.	„	—	„	Pat. ist Ende 1893 schon wieder von 2 Mon. schwanger.
Anfangs Kreuz- u. Schmerzen in der rechten Seite (Perioophoritis dextra).	„	Retroflektirt.	Nein.	—
Keine.	„	Retrovertirt.	Nur 3 Wochen.	—
Furchtbare Kreuz- und unheimliche Leibschmerzen (Perimetritis chron.).	Anteflektirt (bis zum 2. Monat beobachtet).	—	—	13. 8. 94. Geburt steht stündlich bevor.
—	Retroflektirt (im 2. Monat).	Retroflektirt.	—	Unmittelbar vor der Gravidität lag der Uterus anteflektirt.
Keine.	Anteflektirt.	Retrovertirt.	Nein.	—
Erschwerte Urinentleerung u. fürchterliche Schmerzen beim Gehen, besonders im 5. Monat.	„	Anteflektirt.	Ja.	—
Keine.	Anteflektirt (bis zum 3. Monat beobachtet).	—	—	—
„	Anteflektirt.	Anteflektirt.	Ja.	Pat. ist am 8. 11. 93 schon wieder von 3 Mon. schwanger.
Die gewöhnlichen Urinbeschwerden (Fäden schon vorher spontan aus der Scheide abgegangen).	—	„	„	30. 1. 94 ist Pat. schon wieder von 3 Monaten ohne Beschwerden schwanger.

Nummer des Falls.	Ist bereits nach der Operation eine Geburt erfolgt?	Art der letzten Geburt vor der Operation und wie lange vorher?	Eintritt von Schwangerschaft wie lange nach der Operation?	Eintritt einer Geburt wie lange nach der Operation?
125	Nein.	Abort.	1 Monat.	—
134	Ja (Abort).	Normal (1½ Jahre).	—	10 Monate (Abort nach Angabe der Patientin).
144	„	Normal.	9 Monate.	11 Monate (Abort).
150	„	Langjährige Sterilität in zwei Ehen.	4 Monate.	6 Monate (Abort).
154	Ja.	Normal (2 Monate).	3 Monate.	12 Monate.
157	Ja.	Normal.	3 Monate.	12 Monate.
161	Ja (Abort).	„	3 Monate.	5 Monate (Abort).
176	Nein.	Normal (3½ Monate).	1 Monat.	—
97	Ja.	—	1½ Jahr.	2¼ Jahr.

der Operation, nachdem in beiden Fällen die einzige Geburt 4 Jahre vor der Operation stattgefunden. Fall 77 hatte 2 Jahre vor der Operation eine Fehlgeburt, concipirte 1 Monat nach der Operation. Fall 44 concipirte 3 Monate nach der Operation zum ersten und 28 Monate nach derselben zum zweiten Mal. Ferner concipirten bereits 1 Monat nach der Operation Fall 125 und Fall 176. Fall 122 abortirte 1 Monat vor der Operation, concipirte 5½ Monate nach der Operation und machte eine normale Geburt durch. Fall 150 (39 Jahre) concipirte nach langjähriger Sterilität in zwei Ehen 4 Monate nach der Operation zum ersten Mal, abortirte und concipirte 9½ Monate nach der Operation zum zweiten Mal.

Den durch die Vaginofixation erzielten normalen Verlauf der Schwangerschaft beweisen die Fälle, welche als letzte Geburt vor der Operation einen Abort gehabt hatten und nach der Operation bis zum normalen Ende der Schwangerschaft austrugen (Fall 2,

Beschwerden während der Schwangerschaft.	Lage d. Uterus während der ersten Monate der Schwangerschaft.	Lage des Uterus nach der Geburt.	Nährte Pat. das nach der Operation geborene Kind?	Bemerkungen.
Keine.	Anteflektirt (bis zum 3. Monat beobachtet).	—	—	—
„	Anteflektirt.	Anteflektirt.	—	—
„	?	„	—	—
„	Anteflektirt (in der zweiten Schwangerschaft p. op.).	—	—	Seit 28. 1. 94 zum 2. Mal schwanger ohne Beschwerden. Uterus anteflektirt.
Urindrang, Kreuzschmerzen, Druck nach unten.	Anteflektirt. (Ende des 6. Monats.)	Anteflektirt.	Nein.	—
Brennende Schmerzen in der Scheide, im 5. und 6. Monat Drängen nach unten.	Im 6. Monat anteflektirt.	„	Ja.	—
Keine.	Anteflektirt.	„	—	—
Kreuzschmerzen, Schmerzen in der linken Seite, Urindrang.	„	—	—	Befindet sich jetzt im 9. Monat.
Unerhebliche zerrende Schmerzen in der Narbe.	„	Anteflektirt.	Ja.	—

13, 77, 103, 122), resp. wie Fall 31 nach 2 Aborten vor der Operation, nach der Operation eine Fehlgeburt, dann aber eine ganz normale Schwangerschaft durchmachten. Abgesehen von Fall 31, erlitten nach der Operation einen Abort die Fälle 1, 72, 134, 144, 150, 161. In Fall 1 war die Fehlgeburt wahrscheinlich durch ein Recidiv bedingt, denn bei der letzten Untersuchung, 6 Monate vor dem Abort, lag der Fundus uteri nach rechts geneigt, resp. durch Stränge (cf. die letzte Untersuchung am 26. 1. 94) mit dem rechten Ovarium verwachsen. In Fall 72 war sicher ein Recidiv der Retroflexio, das schon im Beginn der Schwangerschaft constatirt wurde, die Ursache der Fehlgeburt. In Fall 134 glaube ich, dass die betr. Patientin wohl den Abort künstlich erzeugt hat. In Fall 144 war derselbe durch chronische Metritis bedingt. In Fall 150 war es überhaupt wunderbar, dass bei dem Alter der Patientin und der schweren Adnexerkrankung noch Conception

eintrat. Einen Abort sieht man unter diesen Umständen sehr häufig. In Folge strenger Vorschriften ist übrigens die zweite Schwangerschaft schon ohne Störung bis in den 8. Monat gelangt. Es ist also ziemlich sicher, dass diese Schwangerschaft nunmehr normal verlaufen wird. In Fall 161 ist der Abort wohl durch schwere körperliche Anstrengungen verschuldet.

Dass die Operation an sich den Eintritt eines Abortus nicht begünstigt, geht aus zwei weiteren Thatsachen hervor: 1. lag der Uterus von 18 Fällen, die nach der Richtung hin untersucht werden konnten, in 17 Fällen in den ersten Monaten der Schwangerschaft (und natürlich auch in den späteren) anteflektirt; 2. traten Beschwerden, welche auf eine Störung des Schwangerschaftsverlaufes durch die Folgen der Operation zu beziehen waren, nur in den Fällen 103 und 176 auf und äusserten sich in erschwerter Urinentleerung. Dieselbe erkläre ich mir so, dass der sich entfaltende Uterus einen stärkeren Zug an der Fixationsnarbe und somit auch an der Blasenwand ausübte, ohne jedoch die Blase mit in die Höhe zu ziehen (cf. Fall 176). Diese für die Pat. allerdings lästigen Beschwerden und die Schmerzen an der Narbe, welche in den Fällen 97, 103, 157, 176 vorhanden waren, sind vom Standpunkt des objectiven Beurtheilers ganz irrelevant, insofern kein Symptom auftrat, welches auf eine schädliche Einwirkung des Narbenzuges auf den schwangeren Uterus hingewiesen hätte. Wie ich bereits auseinandergesetzt habe, lassen sich ausserdem (durch rein peritoneale Fixation) schon bei der Operation Vorkehrungen treffen, um derartigen späteren Blasenbeschwerden in der Schwangerschaft vorzubeugen.

Besonderes Interesse verdient weiter die Thatsache, dass der Uterus auch nach der Geburt in all' den Fällen anteflektirt gefunden wurde, welche das Kind mindestens einige Monate hindurch genährt hatten (Fall 2, 13, 31, 97, 103, 119, 122), während er in den Fällen, die nicht oder nur 3 Wochen genährt, retroflektirt lag und durch chronische Metritis vergrössert war (Fall 61, 63, 77). Nur in Fall 154, wo nicht genährt, lag der Uterus später gut anteflektirt. Hier hatte ich das Wochenbett entsprechend überwachen können. Derselbe Erfolg wird sich in Fall 157 erzielen lassen, in welchem der Uterus 14 Tage nach der Geburt anteflektirt lag.

Unter 12 Fällen, die darauf hin untersucht werden konnten, lag also der Uterus nach normaler Geburt in 9 Fällen anteflektirt

(75 pCt.). Das ist genau dieselbe Heilungsziffer, welche wir oben für alle, 9 Monate und länger beobachteten Fälle von Vaginofixation erhalten haben — und wie oben schon von den anderen Fällen, so können wir auch von diesen Recidiven nach Geburten sagen, dass sie sich in Zukunft werden vermeiden lassen.

Verhütung der Recidive nach meiner Operation.

Was zunächst etwaige Vorsichtsmassregeln anbelangt, um bei einer Schwangerschaft nach Vaginofixation ein Recidiv zu verhüten, so sind derartige Massregeln in der Schwangerschaft selbst unnöthig. Meiner Ansicht nach kommt es zu einer Retroflexio uteri gravidi, wie in dem einzigen Fall 72, nur in den Fällen, wo auch ohne spätere Schwangerschaft ein Recidiv eingetreten wäre. Dagegen aber muss nach der Geburt eine gute Rückbildung des Uterus angestrebt werden, weil eine mangelhafte Rückbildung des Uterus zu Wiederauftreten der Retroflexio führt (cf. die Fälle 61, 63, 77).

Die beste Anordnung, die wir in dieser Beziehung treffen können, ist die, dass die Wöchnerin ihr Kind mindestens einige Monate nährt, weil das Nähren die beste Rückbildung des Uterus und seiner Haltebänder erzielt. Und so sehen wir, dass in den 7 Fällen, wo die Frauen längere Zeit nährten, der Uterus anteflektirt blieb (Fall 2, 13, 31, 97, 103, 119, 122). Fall 119 und 122 wurden sogar bei der Nachuntersuchung bereits zum zweiten Mal nach der Operation von 3 Monaten schwanger befunden. Auch der Fall 44 hat nicht nur nach der Operation normal geboren, sondern ist nach brieflicher Mittheilung ebenfalls schon wieder von 2 Monaten schwanger. Eine Untersuchung hat in diesem Fall nicht stattgefunden, indessen ist wohl auch in diesem Fall die Lage des Uterus normal.

Ausserdem muss die Lage des Uterus auch bei nährenden Frauen in den ersten 6 Wochen nach der Geburt öfter kontrolirt werden, oder, wo das nicht angängig ist, der Sicherheit halber ein kleiner Ring eingelegt werden.

Die Einführung eines Ringes ist ferner zweckmässig bei allen Wöchnerinnen, die nicht nähren, um ein Nachhintensinken des schweren Uteruskörpers und somit eine Zerrung an der künstlichen Fixation zu verhüten.

Dass der Ring nicht lange getragen zu werden braucht, beweist Fall 61. Die Geburt fand hier am 3. 2. 1893 statt, die

Frau nährte nicht. Am 31. 10. 93 bei der Nachuntersuchung fand ich den Uterus retrovertirt und legte einen Ring ein, der vom 8. 11. an den Uterus in Anteversio-flexio hielt. Schon 2 Monate später, am 2. 1. 94 war der Uterus verkleinert, lag anteflektirt und kehrte, als man ihn nach Herausnahme des Ringes in künstliche Retroversion brachte, spontan in Anteflexion zurück. Hier hätte man wohl bald den Ring ganz fortlassen können, wenn nicht die Pat. durch den Ring Schmerzen gehabt hätte, welche die Entfernung desselben erforderten. Natürlich lag bei der nächsten Untersuchung (12. 8. 94) der Uterus wieder retrovertirt.

Bei sorgfältiger Ueberwachung brauchen übrigens, wie Fall 154 beweist, selbst Wöchnerinnen, die nicht nähren, keinen Ring zu tragen. In diesem Fall hatte ich nur Sorge für häufige Urin- und Stuhlentleerung und die Innehaltung der Seitenbauchlage vom 8. Tage des Wochenbetts an empfohlen.

Die Recidive, welche durch Anwendung des Catgut entstehen, lassen sich durch die Anwendung von Seide oder Silkworm vermeiden. Die Seidenfäden sind dem Silkworm vorzuziehen, weil sie einen stärkeren Reiz ausüben und infolgedessen zu intensiverer Narbenbildung führen. Andererseits aber äussert sich diese reizende Wirkung der Seidenfäden manchmal in unangenehmer Weise durch die Herbeiführung einer vorzeitigen und profusen Menstruation und in stärkerem Ausfluss. Aus diesem Grunde ziehe ich Silkworm doch vor, lasse aber die Silkwormfäden fast doppelt so lange liegen, wie die Seidenfäden, nämlich 6—8 Wochen, um die Intensität des Reizes durch eine längere Wirkung desselben zu ersetzen. So erzielt man auch bei Verwendung von Silkworm eine dauerhafte Narbe ohne die lästigen Nebenwirkungen der Seidenfäden, nämlich ohne stärkeren Ausfluss. Die Silkwormfäden erzeugen entweder gar keine Reaction oder höchstens unbedeutende Schmerzen resp. abnorme Sensationen im Becken. Es bleibt sich, was die Intensität dieser Symptome anlangt, hierbei ganz gleich, ob man die Fixation des Fundus ohne oder mit Eröffnung der Plica vesico-uterina und Extraction des Uteruskörpers vorgenommen hat.

Die Recidive durch chronische Metritis lassen sich verhüten, wenn man bei der Vaginofixation die Hypertrophie des Collum durch Excision keilförmiger Stücke aus der Portio beseitigt. Ich habe danach stets, wie C. Braun und A. Martin es angeben, eine sehr gute Rückbildung auch des ganzen Uteruskörpers gesehen.

Nur lege ich gemäss meinen schon früher ausgesprochenen Grundsätzen[1]) keinen Werth auf die Amputation der ganzen Portio, sondern suche vielmehr die Form der Portio dadurch zu erhalten, dass ich die äusseren Schnitte möglichst auf der unteren Fläche der Portio also nicht über die vordere oder hintere Wand der Portio fortführe. Diese Schnittführung ist, wie ich an dem angegebenen Ort auseinandergesetzt, besonders an der hinteren Lippe wichtig, wenn man die Entstehung sehr unangenehmer para- und perimetritischer Narbenstränge verhüten will.

Sehr bequem ist die Combination der Vaginofixation mit der operativen Verkleinerung der Portio durch die Excision eines sagittalen Keils aus der vorderen Cervixwand, wie ich sie in den Fällen 160, 185, 192 und 193 vorgenommen habe. Diesen Keil habe ich in Fall 160, wo der Cervicalkanal normal weit war, nur aus der Muskulatur, dagegen in den übrigen Fällen, wo der Cervicalkanal sehr weit war, aus der ganzen Cervixwand genommen. Die gesetzte Wunde lässt sich durch einige Silkwormnähte exact vereinigen, der supravaginal gelegene Theil wird zugleich mit dem fortlaufenden Catgutfaden, der die Scheidenwundränder vereinigt, oder durch 1—2 Catgutknopfnähte geschlossen. Durch dieses Verfahren wird eine sehr schöne, schlanke, fast virginelle Cervix erzeugt. Ich glaube, dass dasselbe auch bei sehr bedeutender Hypertrophie der Portio, wie in Fall 174, anzuwenden, aber nicht indicirt ist in den Fällen, wo die Cervix normal und nur der Uteruskörper hypertrophisch ist — eine Form, wie wir sie bei Retroflexionen virgineller Individuen finden, z. B. in Fall 142.

Hier ist es entschieden rationeller, die Hypertrophie des Uteruskörpers direct dadurch zu beseitigen, dass man aus der vordern Wand desselben einen queren oder sagittalen Keil ausschneidet. Die Fäden dieser Wunde lassen sich bei Anwendung von Catgut versenken oder bei nichtresorbirbarem Nahtmaterial zur Scheidenwunde herausleiten, wie ich das bei den Myomenucleationen ausgeführt habe (cf. die Fälle 169, 179, 180).

Was die Verhütung der Recidive anbelangt, welche durch para- und perimetritische Stränge entstehen, so will ich zunächst die Verhütung der Recidive bei Vorhandensein perimetritischer Verwachsungen betrachten.

---

1) Dieses Archiv Bd. 41.

Zur Verhütung dieser Form des Recidivs ist die Operationsmethode bestimmt, welche ich in den letzten 22 Fällen angewandt und als „vaginale Laparotomie oder Coeliotomie zur Heilung der Retroflexio", bezw. kürzer als „intraperitoneale Vaginofixation" bezeichnet habe. Der beabsichtigte Erfolg wurde in allen Fällen, wo perimetritische Verwachsungen vorhanden waren, im vollsten Maasse erreicht. Es waren dies die Fälle 74, 124, 186, 188. In den Fällen 74, 124 und 188 konnten die perimetritischen Verwachsungen der hinteren Uteruswand mit den Adnexen, sowie der Adnexe unter einander unter Leitung des Auges mit dem Paquelin durchtrennt und bei den späteren Untersuchungen festgestellt werden, dass die früher palpirten Stränge nicht mehr vorhanden, und die früher fixirten Ovarien beweglich waren. Nur in Fall 74 war eine neue geringfügige Fixation des rechten Ovariums nach der rechten Beckenwand hin entstanden, welche jedenfalls durch Narbenbildung um die Sutur herum bedingt war, die zur Blutstillung zwischen Ovarium und Fimbria ovarica angelegt wurde. Zur Vermeidung solcher neuer Adhäsionen, die übrigens in dem vorliegenden Fall für die Lage des Uterus ganz belanglos sind, ist es zweckmässig, die Durchtrennung von perimetritischen Verwachsungen womöglich nur mit dem Paquelin vorzunehmen und bei Anwendung von Unterbindungen, bezw. Umstechungen nur resorbirbares Material zu verwenden.

In dem Fall 188 war es wegen ganz schwerer Verwachsung der Adnexe, die durch die dicken perimetritischen Schwarten hindurch, selbst nach Eröffnung der Bauchhöhle, garnicht distinct getastet werden konnten, unmöglich, die Adnexe sichtbar zu machen. Hier musste ich mich darauf beschränken, die Verwachsungen der Adnexe mit dem Uterus durch den in die Bauchhöhle eingeführten Finger zu trennen. Indessen ist auch hier der beabsichtigte Erfolg eingetreten, indem der Uterus normal liegt, und Pat. ihre Beschwerden völlig verloren hat. Bei Anwendung meiner früheren Methode wäre dieser Erfolg nicht zu erzielen gewesen, wie die Fälle 74 und 124 beweisen, welche ja bereits einmal nach der alten Methode ohne Erfolg operirt worden waren und durch die neue Methode, welche die perimetritischen Verwachsungen beseitigte, geheilt worden sind. In Fall 74, wo bereits 9 Monate nach der intraperitonealen Vaginofixation verflossen sind, dürfen wir mit Sicherheit von Dauerheilung sprechen.

Was die Recidive durch parametritische Stränge anlangt, so bin ich im Verlauf dieser Arbeit und besonders bei der weiteren Beobachtung der 22 Fälle von intraperitonealer Vaginofixation immer mehr zu der Ueberzeugung gekommen, dass diese Stränge kein Recidiv zu Stande bringen können, wenn man den Fundus in der Weise fixirt, wie ich es in den letzten 22 Fällen gethan habe. Denn obgleich in fast allen diesen 22 Fällen parametritische Stränge vorhanden waren, obgleich bei all' diesen Fällen schon Monate seit der Operation verflossen sind, so ist in keinem dieser Fälle ein Recidiv oder auch nur die geringste Lateroversio, als Andeutung eines beginnenden Recidivs, vorhanden.

So ergiebt sich also die Thatsache, dass bei Anwendung der intraperitonealen Fixation voraussichtlich Recidive durch peri- oder parametritische Stränge nicht mehr vorkommen und dass überhaupt Recidive sehr selten sein werden, wenn man gleich in Combination mit der Vaginofixation durch Cervixexcisionen die Beseitigung einer chronischen Metritis anbahnt und wenn man die nöthigen Regeln für ein späteres Wochenbett giebt. Freilich könnte man einwenden, dass die Fälle von intraperitonealer Vaginofixation noch nicht lange genug beobachtet sind, um diesen Schluss zu gestatten. Indessen können wir die Resultate der früheren Methode der Vaginofixation auch für die neue verwerthen. Die frühere Methode ergab Dauerheilung bei mobiler Retroflexio, Fehlen von Metritis und bei der Wahl eines nicht resorbirbaren Nahtmaterials. Bei der neuen Methode sind wir in der Lage, durch Beseitigung der perimetritischen Verwachsungen die fixirte in eine mobile Retroflexio zu verwandeln und auch die anderen beiden Vorbedingungen zur Verhütung eines Recidivs zu erfüllen. Zudem ist die Adhäsionsbildung zwischen Fundus und dem Peritoneum der Plica bei Eröffnung des Peritoneums eine energischere, wie die Fälle von wiederholter Operation beweisen, welche bei sonst gleichem Operationsverfahren durch die zweite, mit Eröffnung des Peritoneums verbundene Operation geheilt wurden (Fall 21, 30, 37). Endlich sind die Fälle von intraperitonealer Vaginofixation 74 und 176 bereits vor 9 Monaten, Fall 179 vor $7^1/_2$ Monaten operirt worden, und bei allen drei Fällen liegt der Uterus völlig normal.

Kritische Besprechung der intraperitonealen Vaginofixation. Vergleich derselben mit anderen Operationsmethoden.

Wenn wir uns die Operation auf die ihr etwa anhaftenden Gefahren hin ansehen, so ist hervorzuheben, dass die sämmtlichen 22 Fälle einen ganz glatten Verlauf genommen haben, dass Zeichen peritonealer Reizung, wie wir sie nach ventralen Laparotomien regelmässig sehen, gänzlich fehlten, dass vor Allem die subjectiven Beschwerden auffallend geringe waren — nicht grösser als nach einem einfachen Curettement. In diesen Thatsachen documentirt sich der extraperitoneale Charakter der ganzen Operation; obgleich die Bauchhöhle bei ihr geöffnet wird, so sind die vorgezogenen Genitalorgane, Uteruskörper und Adnexe, doch völlig von der Bauchhöhle abgeschlossen, weil sich der vaginale Wundrand innig an die genannten Organe anschmiegt. Därme sind auch bei gelegentlichem Erbrechen der Pat. nie zu Gesicht gekommen — einige Male nur der unterste Zipfel des Netzes.

Ich kann also diese neue Methode nicht für gefährlicher ansehen, als die alte, bei welcher Nadel und Faden ja auch durch die Bauchhöhle hindurchgeführt werden. Peinliche Antisepsis ist für beide Operationen gleich erforderlich. Bei der neuen Methode sorge ich besonders für eine sorgfältige Desinfection des Dammes, auf welchem nach der Extraction des Uteruskörpers die Vorderwand des Uteruskörpers aufruht. Ausser der üblichen Desinfection der Vulva und ihrer Umgebung unmittelbar vor der Operation bekommt jede Pat. 12 Stunden lang vor der Operation einen Sublimatumschlag auf Bauch und Vulva.

Ganz unberechtigt ist der Einwand der grösseren Gefährlichkeit für die Fälle von mobiler Retroflexio und normalen Adnexen, wo zwar das Peritoneum eröffnet, der Fundus aber nur bis in die Laquearwunde herabgezogen und sofort angenäht wird. Es handelt sich hier um eine momentane Eröffnung des Bauchfells, und der Theil, welcher in die Laquearwunde eingestellt ist, nämlich die vordere Uteruswand, wird durch die folgende Naht von der Bauchhöhle abgeschlossen.

Verletzungen der Blase sind bei der neuen Methode gänzlich ausgeschlossen, da man völlig unter Leitung des Auges operirt.

Was die weiteren Folgen nach der Operation anbelangt, so

ist hervorzuheben, dass Blasenbeschwerden selten auftreten und dann rasch wieder verschwinden.

So klagte Fall 74 nach dem Aufstehen über Urindrang, der nach 14 Tagen wieder verschwand.

In Fall 176 trat im Beginn des 2. Monats der Schwangerschaft eine Erschwerung der Urinentleerung auf, so dass Pat. den Urin nur tropfenweise entleeren konnte. 14 Tage später hatten diese Beschwerden schon nachgelassen. Die Schwangerschaft hat jetzt den 9. Monat erreicht.

Unter den 22 operirten Fällen traten somit vorübergehende Blasenbeschwerden nur in 2 Fällen auf, und zwar in Fall 176 erst nach Eintritt von Schwangerschaft.

Störungen in der Menstruation waren etwas häufiger, aber auch nur von vorübergehender Dauer. In Fall 74 war die zweite Menstruation, die nach Entfernung der Fäden auftrat, stärker wie früher, in Fall 169 (Myomenucleation) war dasselbe bei den 2 ersten Menstruationen, in den Fällen 183 und 185 bei der ersten Menstruation zu constatiren. In Fall 180 (Myomenucleation) wurde dagegen die früher unregelmässige Menstruation regelmässig, in Fall 186 die zu schwache Menstruation etwas stärker.

In den Fällen 74, 124, 176, 177, 179, 184 wurde die vorher abnorm starke Menstruation schwächer und kürzer, die Menstruationsintervalle länger.

Von sonstigen Beschwerden ist nicht viel zu erwähnen. Gelegentlich klagten die Pat. in der ersten Zeit über Stiche, Schmerzen im Leib oder Kreuz bei Anstrengungen, in Fall 176 traten die gewöhnlichen Schwangerschaftsbeschwerden auf. Die erstgenannten Beschwerden verloren sich nach Entfernung der Fäden, ebenso auch der Ausfluss (cf. 124, 181, 183). Nur in Fall 74 überdauerte der Fluor die Entfernung der Fäden.

Dieselbe Erfahrung habe ich übrigens auch bei einer ganzen Reihe der älteren Fälle gemacht, dass trotz des bei der Operation vorgenommenen Curettements eine hartnäckige Endometritis catarrhalis nach der Operation bestehen blieb und theils ein erneutes Curettement, theils eine Reihe von Aetzungen zu ihrer Heilung erforderte. Die Beobachtung zeigt also, dass die durch die Lageveränderung erzeugte Endometritis selbst die Correctur der Lageveränderung und das Curettement überdauern kann. Es liegt also auf der Hand, wie wenig ein Curettement allein, ohne Behebung

der Lageanomalie, bei Retroflexio uteri helfen wird. Und trotzdem wird noch hier und da empfohlen, nur die Symptome resp. Complicationen der Retroflexio zu behandeln, gerade als ob das klassische Buch von B. S. Schultze „Die Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter" (vom Jahre 1881) erst noch geschrieben werden müsste!

Bezüglich der Lage, welche der Uterus nach der intraperitonealen Vaginofixation einnimmt, ist mir oft aufgefallen, dass der Uterus unmittelbar nach der Operation (bei einfachem Querschnitt) anteflektirt, aber retroponirt lag. Diese Lage fand ich manchmal noch 14 Tage später. In den nächsten Wochen trat dann an ihre Stelle eine völlig normale Anteversio-flexio ohne Senkung des Uterus. Es bildet sich, wie ich das auch bei der alten Methode beobachten konnte, sehr bald ein glückliches Gleichgewicht aus: Die Scheide zieht den Fundus nach vorn und dieser Zug wird allmählich in Folge der Narbenverkürzung im vorderen Scheidengewölbe noch stärker, und andererseits zieht der Fundus die erschlaffte vordere Scheidenwand soweit nach hinten, dass eine geringe Senkung gänzlich verschwindet. Nach einiger Zeit liegt in Folge dieser Wechselwirkung der Uterus, wenn dies nicht schon gleich nach der Operation der Fall war, völlig normal.

Ich kann daher den Einwand von Fritsch[1]), dass bei meiner Methode die Lage des Uterus eine abnorme bleibt, die Senkung nicht verschwindet, nicht gelten lassen. Selbstverständlich muss man bei Vorfall der vorderen und hinteren Scheidenwand dem Uterus ausserdem noch durch die vordere und hintere Kolporrhaphie die nöthige Stütze geben, aber gerade für die grössten Vorfälle trifft das zu, was ich eben bezüglich der Wechselwirkung zwischen Scheide und Uterus sagte: Die Richtiglagerung des Uterus durch Vaginofixation ist dasjenige Mittel, welches auch bei den grössten Prolapsen meiner Ansicht nach ein Recidiv nach der Kolporrhaphie am besten verhütet. Insofern lag dem Schücking'schen[2]) Vorschlag, Prolapse durch Vaginofixation allein zu heilen, eine richtige Idee zu Grunde.

Ich habe einmal wegen Prolaps die Totalexstirpation nach dem Vorschlag von Fritsch gemacht und konnte mit dem Resultat

1) Ventrofixation und Vaginofixation. Deutsche med. Wochenschr. 1894, No. 1.
2) Centralbl. f. Gyn. 1888, No. 35.

recht zufrieden sein. Indessen hoffe ich, sie nicht mehr nöthig zu haben.

Auch Fritsch stimmt in dem genannten Aufsatz mehr für die Erhaltung des Uterus, freilich auf dem Wege einer Combination von Kolporrhaphie und Ventrofixation, während ich als eine bessere Combination zur Heilung grosser Prolapse die von Kolporrhaphie und Vaginofixation ansehe.

Nach meinen Beobachtungen bin ich im Stande, durch die intraperitoneale Vaginofixation eine normalere Lage des Uterus zu erzielen, als durch die Ventrofixation — und zwar auch bei fixirter Retroflexio. Ich bin ferner in der Lage, durch diese Operation ganz bestimmt eine Dauerheilung zu versprechen, die zum Verschwinden aller Symptome der Retroflexio, auch der Reflexneurosen, führt. Eine Ausnahme machen nur gewisse Fälle von Endometritis, die indessen auch nach Ventrofixation bestehen bleiben kann und eine besondere Nachbehandlung erfordert. Im Uebrigen ist von Nachbehandlung nur die Entfernung der Fäden nöthig.

Die von Fritsch erhoffte Vervollkommnung der Methode glaube ich somit jetzt erreicht zu haben und ziehe dieselbe der Ventrofixation aus folgenden Gründen vor:

1. Die intraperitoneale Vaginofixation ist ungefährlicher.
2. Die Möglichkeit einer Bauchhernie, einer Verwachsung des Netzes mit der Bauchnarbe, eines Ileus fällt weg.
3. Die Pat. tauscht nicht, wie bei der Ventrofixation, eine Bandage gegen die andere ein.
4. Die Heilungsdauer ist eine viel kürzere, die Arbeitsfähigkeit tritt viel rascher ein.
5. Die Angst der Pat. vor einer vaginalen Operation ist eine viel geringere als vor einer Laparotomie, und man ist hierdurch in der Lage, viel öfter an Stelle der Palliativbehandlung eine definitive Heilmethode zu setzen, wie Fritsch es für durchaus richtig erklärt.
6. Die subjectiven Beschwerden unmittelbar nach der Operation sind ebenfalls nach der Vaginofixation viel geringer.
7. Durch die intraperitoneale Vaginofixation wird eine normale Anteversio-flexio erzielt.

Ich erkenne bei diesen Principien vollständig die guten Resultate der Ventrofixation an, da ich selbst, nach der Methode von Leopold operirend, in einer Reihe von Fällen nur einen Miss-

erfolg in Bezug auf die Lagecorrectur erlebte. In diesem Falle kam es nach Pyosalpingectomie zu einem Bauchdeckenabscess. Als selbstständige Operation habe ich die Ventrofixation nur in einem Falle von fixirter Retroflexio gemacht, den ich nach meinen jetzigen Erfahrungen auch durch vaginale Coeliotomie zur Heilung gebracht hätte.

Sehr interessant war mir die Beschreibung, die Fritsch in dem erwähnten Artikel von seiner Operationsmethode giebt, wo er sagt, wie er mit den immer höher eingesetzten Kletterhaken das Peritoneum eröffnet und darauf achten muss, dass der Uterus nicht, wie bei der Totalexstirpation, aus der peritonealen Oeffnung vorgezogen wird. Diese Beschreibung erinnerte mich sehr lebhaft an die neueste Phase meiner Operationsmethode, die ich bei Erscheinen des genannten Artikels schon 2 Monate[1]) übte, bei der ich gerade absichtlich das herbeiführte, was Fritsch zu vermeiden bestrebt war, nämlich die Extraction des Uteruskörpers aus der Scheidenperitonealwunde.

Gemeinsam ist unseren beiden Operationsmethoden die Annähung des Fundus, die ich zuerst als nothwendig hingestellt habe, wenn man Dauererfolge erzielen will. Diese Annähung des Fundus, so wie ich sie zuerst[2]) empfohlen und ausgeführt habe, ist das Wesentliche bei den verschiedenen Methoden, welche ohne Anwendung des Schücking'schen Instruments nach Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes den Uterus an die vordere Scheidenwand zu befestigen suchen.

Wie man zu dem Fundus gelangt, ob durch einen einfachen Querschnitt, wie bei meiner Methode, oder durch einen dem Querschnitt aufgesetzten Längsschnitt ist unwesentlich. Jedenfalls habe ich bewiesen, dass man durch einfachen Querschnitt sich den Fundus zugänglich machen und dabei stets unter Leitung des Auges operiren kann, bewiesen dadurch, dass ich die einzelnen Phasen der Operation habe photographiren lassen (cf. die Fig. 6—10). Ich meine daher, dass Fritsch im wesentlichen nach meiner und nicht, wie er sagt, nach der Mackenrodt'schen Methode operirt hat. Denn die Mackenrodt'sche Methode besteht in der Ausführung eines T-Schnittes und der Annähung des Uterus an die vordere Scheidenwand „etwas über der Höhe des inneren Muttermundes". Wenn

1) Aerztlicher Praktiker 1893, No. 51.
2) Centralbl. f. Gynäk. 1892, S. 924.

Mackenrodt später, nachdem meine Publication erfolgt war, erklärte, er nähe jetzt den Uterus 3 cm über dem inneren Muttermund fest, so hat er sich eben meiner Operationsmethode angeschlossen, und diese Methode ist nicht mehr eine verbesserte Mackenrodt'sche Operation, sondern, wie ich schon Winter gegenüber bemerkt habe, eine Dührssen'sche Vaginofixation unter Zuhülfenahme des Mackenrodt'schen Längsschnitss, der doch, ebenso wie die ausgedehnte Ablösung der Blase, sicher ganz überflüssig ist, wenn es gelingt, den Uterusfundus nicht nur in den einfachen Querschnitt hinein — sondern ihn auch durch denselben hindurch bis vor die Vulva zu ziehen, falls man nur die Drehbewegung des Uterus nicht dadurch erschwert, dass man die Portio dauernd nach vorn und unten ziehen lässt.

Wie einfach die Entwickelung des Uterus bei Unterstützung der natürlichen Drehbewegung vor sich geht, lehren besonders meine letzten Fälle, wo das Peritoneum sofort, ohne eine einzige Ligatur oder Kugelzange anzulegen, ohne eine Sonde in den Uterus einzuführen, unter Leitung des Auges eröffnet, und dann der ganze Uteruskörper, nach Zurückdrücken der Portio, mit einer Kugelzange aus der Laquearwunde herausgezogen werden konnte.

Dass ich von Anfang an den Fundus an die vordere Scheidenwand angenäht habe, geht aus den ersten Fällen mit absoluter Sicherheit hervor, in denen ich die von dem betreffenden Stabsarzt der gynäkologischen Klinik der Charité und von mir ganz unabhängig von einander angefertigte Operationsgeschichte neben einander veröffentlicht habe.

Der Hinweis auf diese Fälle genügt wohl, um meine Behauptung zu erhärten, dass wenn ich in meiner ersten Publication über Vaginofixation, in der zweiten Auflage meines „Gynäkologischen Vademecum", welche Januar 1892 erschien, von Annähung des Corpus uteri gesprochen, es sich nur um einen Lapsus linguae handelte. Die betreffende Beschreibung, welche ½ Jahr vor der ersten Publication von Mackenrodt erschien, lautet folgendermaassen:

„Die Fixation des Fundus nach vorn ist von Schücking inaugurirt worden. Schücking führte eine mit einem Faden armirte Nadel gedeckt in den Fundus ein und stiess sie dann bei nach vorn und seitlich gedrängter Blase nach dem vorderen Scheidengewölbe hindurch. Die beiden Fadenenden wurden sodann zusammengeknotet. Verletzungen der Blase kamem hierbei mehrfach

vor. Es ist daher rationeller, das vordere Scheidengewölbe zu eröffnen, die Blase vom Uterus abzulösen und durch versenkte Seidennähte von der Wunde aus das Corpus uteri mit der vorderen Vaginalwand zu vereinigen. Diese letzte Methode, die Verfasser bereits 40 Mal mit Erfolg ausführte, scheint ihm die einfachste und ungefährlichste von Allen zu sein."

Aus allem diesem geht wohl zur Genüge hervor, dass ich nicht in der Lage war, von der Mackenrodt'schen Methode, die später als die meinige publicirt ist, irgend etwas zu profitiren, dass ich vielmehr nach Publication derselben genau ebenso operirt habe, wie vorher, während es feststeht, dass Mackenrodt sich erst nach meiner zweiten Publication das Hauptstück meiner Operationsmethode, nämlich die Annähung des Fundus, zu eigen gemacht hat, von dem der Dauererfolg der Operation abhängt, wie nach mir Winter[1]), Mackenrodt[2]) selbst und Andere ebenfalls betont haben.

Ich betrachte es daher als eine Ungerechtigkeit gegen mich, wenn Operateure, wie z. B. auch Küstner und Fränkel in ihren mir noch bei der Ablieferung dieser Arbeit zu Gesicht kommenden Artikeln in der Deutschen med. Wochenschrift 1894, No. 19, eine Vaginofixation, bei welcher sie das Peritoneum eröffnen und den Uterus dicht am Fundus fixiren, als Mackenrodt'sche Operation bezeichnen.

Nach meiner Ansicht habe ich ein Recht darauf, dass eine derartige Methode als Dührssen'sche Vaginofixation in Combination mit dem Mackenrodt'schen Hülfsschnitt bezeichnet wird.

Die Indicationen zur Vaginofixation.

Fehling ereifert sich in seinem Lehrbuch sehr gegen die laxe Indicationsstellung, welche bei der genannten Operation einzureissen drohe. Die Ausdehnung der Indication hängt von der Gefährlichkeit des Eingriffes und der Schwere des Leidens ab. So bevorzugt man heute bei der Behandlung der Endometritis das Curettement, während man es früher mit Recht verdammte. In der vorantiseptischen Zeit war das Curettement eine höchst gefährliche, jetzt ist es eine nahezu gefahrlose Operation geworden. Keinem

1) Centralbl. f. Gyn. 1893, No. 27 und 32.
2) l. c. No. 29.

Gynäkologen wird daher von irgend einer Seite heut zu Tage ein Vorwurf gemacht, wenn er principiell bei jeder Endometritis das Curettement ausführt, weil eben das Curettement, event. noch in Combination mit einigen Aetzungen, die Endometritis sicherer heilt, als Aetzungen allein.

Ist aber die Behandlung der Endometritis durch das Curettement gestattet und berechtigt, so ist es auch die Vaginofixation bei allen Frauen, die sich lieber operiren lassen, als einen Ring tragen wollen.

Diese Berechtigung zur Vaginofixation ergiebt folgende Betrachtung:

In 99 pCt. meiner Fälle war neben der Retroflexio eine Endometritis vorhanden. Diese Endometritis war ich nach den heute geltenden Regeln berechtigt, durch Curettement zu beseitigen. Nun ergiebt aber meine Statistik, dass die Ausschabung und Vaginofixation nicht gefährlicher ist, als die Ausschabung allein. In Folge dessen wäre es doch ganz unlogisch, wollte man sich mit einem symptomatischen Heilverfahren begnügen, wo das radicale nicht gefährlicher ist.

Von diesem Gesichtspunkt ausgehend, habe ich in Fall 192, wo ich die Pat. doch narkotisiren und in den Uterus zur Lösung eines grösseren Placentarrestes eingehen musste, an die Operation gleich die Vaginofixation angeschlossen. Die Blutung, welche vor der manuellen Lösung der Placenta aus dem Uteruscavum sehr stark war, war bei der Vaginofixation selbst wider Erwarten viel geringer, als z. B. in dem 3 Tage vorher operirten Fall 191, wo die letzte Geburt vor 2 Jahren stattgefunden hatte.

Geradezu fehlerhaft würde es meiner Ansicht nach sein, wenn man die Vaginofixation in folgenden Fällen nicht ausführen resp. der Pat. nicht vorschlagen wollte:

1. In Fällen, wo irgend eine vaginale Operation vorgenommen werden soll, wie z. B. Curettement, Operationen an der Portio, Kolporrhaphien.
2. In Fällen, wo der Ring in Folge Druckes auf perimetritische Stränge oder fixirte Ovarien nicht vertragen wird.
3. In Fällen von fixirter Retroflexio.
4. In Fällen, wo keine Garantie dafür besteht, dass die Pat. während der Dauer der Ringbehandlung unter ärztlicher Aufsicht bleibt.
5. In Fällen, wo die Patientinnen durch das Gefühl der fort-

während Abhängigkeit vom Arzt in einen Zustand psychischer Depression resp. Hysterie gerathen.

Ich selbst sehe von einer operativen Beseitigung der Retroflexio auf vaginalem Wege bezw. dem Vorschlag dazu nur in den Fällen ab, wo ich die Retroflexio bald nach einer Geburt zur Behandlung bekomme, und Complicationen, welche ein anderweitiges operatives Vorgehen erheischen, fehlen.

Uebrigens ist die grosse Mehrzahl meiner Operirten vor der Operation, und zwar oft viele Jahre lang, der Ringbehandlung unterworfen worden.

Ich hatte bezüglich aller Fälle von Vaginofixation genaue Daten über den späteren Verlauf der Menstruation zusammengestellt — ihre Reproduction würde zu weit führen, und an Thatsachen hat sich nichts weiter ergeben, als ich schon oben bei Besprechung der Fälle von intraperitonealer Vaginofixation und auch bereits früher in einer Publication im „Aerztlichen Praktiker“ (1893, No. 51) angegeben habe. Hier sagte ich folgendes:

„Die erste Menstruation nach der Operation war, wohl in Folge des Reizes der die Uteruswand durchsetzenden Fäden, häufig recht stark, die späteren Menstruationen waren bei vorher vorhandener Menorrhagie bedeutend schwächer und kürzer. War dagegen vor der Operation die Menstruation schwach oder normal, so trat in manchen Fällen nach der Operation eine etwas stärkere monatliche Blutung auf.“

Obgleich bei meiner seit dem Fall 140 angewandten Operationsmethode (Anlegung der Fixationsfäden von aussen und spätere Entfernung derselben) keine länger dauernden Blasenbeschwerden, geschweige denn Steinbildung in der Blase, zu constatiren waren, so will ich doch diejenigen Fälle anführen, in welchen es in Folge Einwanderung der versenkten Fäden in die Blase zur Steinbildung gekommen ist. Es sind dies die Fälle 29, 31, 40, 44, 52, 69, 79, 81, 93 und nach den Beschwerden zu urtheilen, auch die Fälle 43 und 78.

Dass in diesen Fällen die Steinbildung nicht dadurch entstanden ist, dass die versenkten Fäden primär durch die Blase gelegt worden waren, sondern dadurch, dass die Fäden erst nach Monaten in die Blase einwanderten, geht aus verschiedenen Umständen hervor:

1. Die Symptome der Blasensteinbildung traten erst Monate nach der Operation auf.

Wären die Fäden primär durch die Blase gelegt, so hätten sich schon in den ersten Wochen nach der Operation die Symptome der Steinbildung gezeigt, da ja der Niederschlag von Harnsalzen auf einen Fremdkörper in der Blase sehr rasch erfolgt, wie ja die Fälle von Haarnadeln beweisen, welche der Gynäkolog ab und zu aus der Blase zu extrahiren hat. Ich fand kürzlich in einem derartigen Fall die Haarnadel, welche nur 8 Tage in der Blase verweilt, schon so mit Niederschlägen bedeckt, dass eine Steinbrücke bereits die beiden Schenkel verbunden hatte.

2. Posner und Samter fanden in allen Fällen[1]), dass die freien Fadenenden in der Blase, die Fadenschlinge dagegen in der Blasenwand lagen.

Wäre der Faden primär durch die Blase gelegt worden, so hätte die Schlinge frei in der Blase, die Fadenenden dagegen in der Blasenwand sitzen müssen.

3. Ein analoger Wanderungsmechanismus war direct von der Scheide aus zu beobachten, indem in zahlreichen Fällen die völlig geheilte Wunde im vorderen Laquear nach Monaten wieder aufbrach, und in dem Granulationsgewebe die freien Fadenenden sichtbar wurden.

4. Vom Fall 140 an sind weder Symptome von Steinbildung aufgetreten, noch Steine in der Blase zu constatiren gewesen. Dabei sind die Fäden genau so tief und nahe an die Blasenwand herangelegt worden, wie in den früheren Fällen auch. Da von Fall 140 an die Fäden 4—8 Wochen liegen blieben, so hätten sie, wenn sie primär durch die Blase durchgelegt worden wären, zur Steinbildung führen müssen.

Da also bezüglich der Tiefe der Durchführung der Fäden die Technik dieselbe geblieben ist, so darf man wohl von der letzten Hälfte der Fälle auf die erste den Rückschluss ziehen, dass die Steinbildung mit der Art der Nahtanlegung nichts zu thun hatte, sondern lediglich durch die Versenkung eines nicht resorbirbaren Nahtmaterials bedingt war, welches nachträglich in die Blase einwanderte.

Ueberblickt man die Gesammtzahl der Fälle, so erkennt man, dass die operative Technik manche Wandlungen erfahren hat, dass dabei aber das Leitmotiv, nämlich die Annähung des Fun-

1) Centralbl. f. Gyn. 1893. Sitzungsber. d. Berl. geburtshülfl. Gesellschaft.

dus, stets dasselbe geblieben ist. Diesen Hauptzweck der Operation kann man auf 3 verschiedene Weisen erreichen:

1. Durch die Fixation des Fundus durch die uneröffnete Plica vesico-uterina hindurch.
2. Durch Eröffnung der Plica und Herunterziehen des Fundus bis in die Laquearwunde.
3. Durch Eröffnung der Plica und Extraction des Uteruskörpers bis vor die Vulva.

Bei allen 3 Methoden genügt in der Regel der einfache Querschnitt, bei allen kann man stets unter Leitung des Auges operiren, wenn man die Drehung, welche der Uterus um eine frontale, durch die Gegend des inneren Muttermundes gelegte Axe zu machen im Stande ist, in der Weise einleitet, dass man die höchste Partie der vorderen Uteruswand, welche man unter Leitung des Auges mit einer Ligatur oder Kugelzange fassen konnte, nach abwärts zieht und zu gleicher Zeit die bisher nach abwärts gezogene Portio nach hinten drückt. Hierdurch erscheint eine höhere Partie der vorderen Uteruswand in der Laquearwunde, deren obere sichtbare Grenze abermals gefasst und nach abwärts gezogen wird.

So fährt man fort, bis der Fundus uteri in der Laquearwunde sichtbar wird. Oeffnet man das Peritoneum nicht, so wird dies Herabholen des Fundus wegen des Widerstandes des intacten Peritoneums etwas schwieriger sein und in der Regel 3 provisorische Nähte erfordern. Bei Eröffnung des Peritoneums habe ich in manchen Fällen für die Extraction des Uteruskörpers nur eine Kugelzange nöthig gehabt, ja in Fall 193 konnte ich mir nach Eröffnung der Plica, die ich ebenfalls einfach mit dem Finger herabgezogen, den ganzen Uteruskörper einfach mit dem über den Fundus weggeführten Zeigefinger bis vor die Vulva ziehen.

Alle drei Operationsverfahren führen zu einer Dauerheilung der Retroflexio, die sub 1 und 2 genannten bei mobiler Retroflexio, das dritte bei fixirter Retroflexio und erkrankten Adnexen.

Hierbei ist der Begriff „Heilung“ nicht nur so zu verstehen, dass die Lage des Uterus eine normale wird, sondern dass die Pat. gesund wird, dass sie alle von der Retroflexion erzeugten Beschwerden verliert, ohne dass die Function des Uterus in irgend welcher Beziehung beeinträchtigt wird: die Menstruation wird regelmässig, und eine vorher bestehende, durch die Retroflexio bezw.

ihre Complicationen bedingte Sterilität häufig gehoben. Die Schwangerschaft verläuft ohne Störung, auch bezüglich der Geburten lässt sich kein Nachtheil ersehen, der etwa auf die vorausgegangene Operation zu beziehen wäre.

Die durch die Operation erzielte Lageverbesserung des Uterus bleibt bei Beobachtung einiger Cautelen auch nach einer Schwangerschaft und Geburt bestehen.

Nachdem ich diese Punkte gemäss dem in der Einleitung ausgesprochenen Programm festgestellt habe, bin ich am Schluss meiner Arbeit angelangt. Wenngleich das Zusammentragen des statistischen Materials, die Nachforschung nach dem weiteren Schicksal der Operirten ein sehr mühsames Geschäft war, so sehe ich doch mit Befriedigung auf diese Arbeit zurück, weil ich der Ueberzeugung bin, dass dieselbe die operative Gynäkologie auf einem wichtigen Gebiet um einen Schritt weiter bringen und mit dazu beitragen wird, der Vaginofixation in der Hand des Specialisten eine ebenso ausgedehnte Anwendung zu verschaffen, wie dem Curettement und der Hegar'schen Prolapsoperation.

Was Hegar in der „Operativen Gynäkologie" (S. 740 und 741) über die Indication zur Prolapsoperation sagt, trifft meiner Ansicht nach wörtlich auf die Indication zur Vaginofixation zu. Ich kann es mir nicht versagen, Hegar's Worte zum Beweis hierfür anzuführen:

„Bei Dislocationen, welche noch nicht lange bestehen und nur eine geringe Intensität erlangt haben, ist die bei solchen Zuständen gebräuchliche Behandlungsmethode vorher zu versuchen. Freilich verspricht diese Therapie selten einen dauernden Erfolg. Die Gefahren der Operation sind unbedeutend, sobald Sorge für Abhaltung der Infection getragen wird. Wie unangenehm und lästig ist das Uebel! Welche Inconvenienzen und welche ekelhafte Beschwerden bringt das Tragen eines Mutterkranzes meist mit sich, von den schweren Folgezuständen abgesehen, welche zuweilen daraus erwachsen. Die Operation erscheint gerechtfertigter, als viele andere, welche mit derselben Gefahr zur Hebung geringerer Uebel ganz an der Tagesordnung sind. Für die Operation fällt häufig noch der Umstand ins Gewicht, dass die Retention durch Kränze unmöglich oder wenigstens sehr schwierig ist und ausserdem nicht selten anatomische Verhältnisse existiren, welche einen operativen Eingriff an und für sich erfordern. Wir möchten übrigens die Ope-

ration durchaus nicht für die schwersten Fälle reserviren. Die leichteren Grade des Prolapsus (der Retroflexio, Verf.) sind zwar durch Kränze gewöhnlich gut zurückzuhalten. Allein eine dauernde Heilung kommt dadurch fast nie zu Stande."

Anm.: Nach gütiger Mittheilung des Herrn Dr. Westphal, 1. Assistenten der Greifswalder Frauenklinik, vom 15. August 1894 sind in der Klinik seit meiner Operation (cf. Fall 187) mehrere Vaginofixationen nach meiner Methode mit dem besten Erfolg ausgeführt worden.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

HOLZER
BINDER